

# équilibre

Volume 3

Numéro 2

Automne 2008

TRAVAIL ET SANTÉ MENTALE

## CRÉER DES ESPACES D'HUMANITÉ

Michel Vézina

La santé mentale au travail du  
personnel soignant

Marie-Chantal Doucet

L'intervention en santé mentale  
comme expérience sociale

Jan Bauer

Asclépios, le guérisseur blessé :  
un mythe à la base de toutes les  
professions en relation d'aide

D<sup>r</sup> Pierre Léouffre

Le Carrefour Communautaire-  
Institutionnel (CCI) : un modèle efficace  
de rapprochement des réseaux

Michel Perreault et  
Marie-Thérèse Dufresne

Panel des usagers de l'Institut Douglas



# TRAVAIL ET SANTÉ MENTALE

# CRÉER DES ESPACES D'HUMANITÉ

ACTES DE COLLOQUE  
8 MAI 2008

## LE MAGAZINE ÉQUILIBRE PREND UN VIRAGE VERT!

Le magazine Équilibre est maintenant imprimé sur papier certifié Eco-Logo, contenant 100 % de fibres recyclées post-consommation, selon un procédé sans chlore, recyclé FSC et fabriqué à partir d'énergie biogaz.



Équilibre · volume 3 · numéro 2 · Automne 2008  
Travail et santé mentale : Créer des espaces d'humanité

## Table des matières

6	La souffrance éthique
16	La figure du soignant-blessé
50	Au coeur de l'ACSM – Filiale de Montréal
52	Devenez membre de l'Association
53	Commandez vos publications de l'Association
54	À l'intention des auteurs
Suggestions de lecture	
8	Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale
18	La quête du sens. Gérer nos organisations pour la santé des personnes, de nos sociétés et de la nature
21	Guérir la santé : un dialogue de groupe sur le sens du travail, l'éthique et les valeurs dans le secteur de la santé
27	L'éthique au coeur des soins
41	Le Carrefour Communautaire-Institutionnel : Un modèle efficace de rapprochement des réseaux

### Mission

L'ACSM-Montréal est un organisme sans but lucratif dont la mission est la promotion et la prévention en santé mentale.

### Présidente

Karen Hetherington

### Directeur général

Jacques Duval

### Membership

En devenant membre, vous recevrez Équilibre gratuitement. En outre, vous pourrez participer aux différentes activités de l'Association telles que colloques, conférences et formations à un tarif réduit. Pour ce faire, faites parvenir un chèque au montant de :

- Entreprise à but lucratif: 50 \$
- Organisme public: 40 \$
- Ressource communautaire: 35 \$
- Personne rémunérée: 40 \$
- Personne non rémunérée et étudiant: 20 \$

À l'ordre de :

ACSM-Montréal  
847, rue Cherrier, bureau 201  
Montréal (Québec) H2L 1H6

Tél. : (514) 521-4993

Télé. : (514) 521-3270

Courriel : [acsmtl@cooptel.qc.ca](mailto:acsmtl@cooptel.qc.ca)

Site Internet : [www.acsmmontreal.qc.ca](http://www.acsmmontreal.qc.ca)

### Équilibre

Cette publication est le journal officiel de l'ACSM-Montréal. Il est un outil privilégié de communication et d'information entre les partenaires du secteur de la santé mentale. Il favorise l'échange d'idées afin de promouvoir la santé mentale et l'acceptation pleine et entière des personnes ayant des problèmes de santé mentale.

Les articles n'engagent que les auteurs et ne reflètent pas nécessairement la position officielle de l'ACSM-Montréal, à moins que ce ne soit indiqué. Toute reproduction est permise en mentionnant la source complète. Afin de faciliter la lecture, le masculin est utilisé à titre épique.

### Éditeur

Association canadienne pour la santé mentale,  
Filiale de Montréal

### Coordonnatrice de l'édition

Cathy Bazinet

### Comité éditorial

Cathy Bazinet  
Louise Blanchette  
Claude Charbonneau  
Jacques Duval  
Jean Gagné  
Birgit Ritzhaupt

### Direction artistique

Jonathan Rehel  
Cathy Bazinet

### Graphisme

Jonathan Rehel

### Impression

Imprimerie GG inc.

### Photos

[www.dreamstime.com](http://www.dreamstime.com)

### Tirage

1500 exemplaires

Dépôt légal – 4<sup>ème</sup> trimestre 2008

Bibliothèque nationale du Québec

Bibliothèque nationale du Canada

ISSN 1718-1445

Un organisme appuyé par



# 04



## La santé mentale au travail du personnel soignant

**Michel Vézina**

Les transformations du réseau de la santé au cours des dernières années ont souvent été associées à une augmentation importante de l'absentéisme au travail pour des problèmes de santé mentale. Parmi les causes à l'origine de ce phénomène, outre l'augmentation de la charge de travail, on note le manque d'autonomie et de reconnaissance, de même que l'insuffisance de soutien de la part du supérieur ou des collègues. Dans le travail en relation d'aide, il peut en résulter un état de souffrance éthique associé au difficile arbitrage entre les exigences des normes professionnelles et la réalité des moyens disponibles pour faire un travail de qualité.

# 10



## Asclépios, le guérisseur blessé : un mythe à la base de toutes les professions en relation d'aide

**Jan Bauer**

Orphelin à la mort de sa mère, abandonné par son père, Asclépios, qui est à moitié Dieu et à moitié humain, apprend tôt ce qu'est la souffrance. À titre de Dieu de la guérison, il enseigne la médecine tandis que sa condition de mortel qui a souffert nous apprend l'art de l'empathie. Le guérisseur a le désir évident d'apporter de l'aide, de soulager la souffrance. L'intervenant s'identifie aisément à cette dimension mais ne saurait occulter la partie blessée de son être. Pour que l'intervenant puisse exercer une influence favorable, il doit aménager un espace où peuvent cohabiter le soignant et le soigné. C'est ce que le mythe d'Asclépios nous enseigne de plus important : le guérisseur a besoin de sa propre blessure pour pouvoir se relier à celle des autres.

# 22



## L'intervention en santé mentale comme expérience sociale

**Marie-Chantal Doucet**

C'est dans la pratique qu'il est souvent possible de remettre en question sa propre conception de l'intervention en santé mentale. Les techniques sont utiles mais induisent une certaine notion de l'autre et de la place que l'intervenant occupe face à cet autre. Il faut se rappeler qu'au-delà des approches théoriques, l'intervention est une expérience sociale et culturelle, une relation intersubjective et symbolique entre des individus dotés de statuts et de rôles sociaux. Nous explorerons cet espace entre l'intervenant et le sujet où derrière chaque geste et chaque mot se profile un discours social.

# 36



## Le Carrefour Communautaire-Institutionnel (CCI) : un modèle efficace de rapprochement des réseaux

**Dr Pierre Léouffre**

Le CCI est un modèle de rapprochement des réseaux communautaires et institutionnels qui s'adresse aux intervenants, aux gestionnaires et aux usagers partisans d'un changement durable des pratiques en santé mentale.

# 44



## Panel des usagers de l'Institut Douglas

**Michel Perreault et Marie-Thérèse Dufresne**

Cette formule de consultation permet de rassembler à la fois des usagers et des responsables administratifs en un lieu où ils peuvent échanger en toute cordialité, notamment sur les services en santé mentale. Cette expérience constitue un lieu de parole et d'humanité.

# LA SOUFFRANCE ÉTHIQUE DU PERSONNEL DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES



## Michel Vézina

Médecin conseil  
INSPQ

L'analyse de la détresse psychologique du personnel des organismes communautaires a bien montré le caractère pathogène de certaines dimensions critiques de l'organisation du travail, à savoir : des exigences psychologiques élevées, une faible autonomie, un faible soutien et un manque de reconnaissance<sup>1</sup>. Il s'agit là d'un mélange toxique connu pour la santé mentale des personnes au travail. Par ailleurs, compte tenu de l'importance de la détresse psychologique des travailleurs et des travailleuses communautaires observée dans cette enquête<sup>1</sup> et de la relative faiblesse des expositions aux facteurs toxiques précédemment mentionnés, il convient de pousser l'analyse plus loin, notamment du côté d'une dimension peu documentée de la souffrance du personnel en relation d'aide, soit celle de la souffrance éthique.

Il s'agit d'un ressenti douloureux qui survient lorsque le travailleur se trouve confronté à l'impossible arbitrage entre d'une part, ce que sa conscience professionnelle lui dicte de faire en fonction des exigences de la situation et, d'autre part, ce que les ressources dont il dispose lui permettent de faire. La notion de ressources couvre ici non seulement les personnes sur qui il peut compter ou encore le matériel mis à sa disposition, mais également le temps qu'il faut pour faire un travail de qualité, c'est-à-dire un travail qui respecte les normes professionnelles ou les règles métier en pareilles circonstances. Il en résulte un sentiment de honte de trahir ses principes et de s'exposer ainsi au mépris de la part de la clientèle ou même de ses collègues. De façon plus fondamentale, ce qui fait mal au plan de la santé mentale, c'est l'atteinte à l'identité, car faire un mauvais travail dégrade l'image personnelle, mine l'estime de

soi, ce qui peut conduire à une réaction dépressive importante, la perte d'estime de soi étant l'anti-chambre de la dépression.

Face à cet état de mal-être ou de souffrance, les personnes au travail ne restent pas passives. Elles se défendent en mettant en place des stratégies pour se protéger contre cette atteinte à leur identité et à leur santé mentale. La principale stratégie mise en oeuvre est l'hyperactivité professionnelle. Cette stratégie consiste à redoubler d'effort et à ne pas compter son temps ni ses efforts pour répondre aux besoins de la clientèle. Normale en situation de surcharge transitoire, cette réaction devient dangereuse lorsqu'elle se transforme en état d'« hyper-travail » pathologique permanent. L'enquête que nous avons réalisée auprès des médecins victimes d'épuisement ou de décompensation psychiatrique a bien montré que ce sont

*De façon plus fondamentale, ce qui fait mal au plan de la santé mentale, c'est l'atteinte à l'identité, car faire un mauvais travail dégrade l'image personnelle, mine l'estime de soi, ce qui peut conduire à une réaction dépressive importante, la perte d'estime de soi étant l'anti-chambre de la dépression.*

## CAPSULE INFO

### La souffrance éthique

#### Définition

«Souffrance éprouvée par une personne lorsque son travail lui impose de commettre des actes qu'elle réproouve moralement».

*C. Dejours*

#### Origine

«À travers l'impossibilité de réconcilier les objectifs de résultats et les critères de qualité, c'est l'identité et, au-delà, la santé qui est attaquée. Faire du mauvais travail dégrade l'image personnelle, mine l'estime de soi».

*P. Davezies, 1999*

#### Stratégies préventives

- Comprendre ce qui donne sens au travail et les signes d'une perte de sens.
- Permettre des **espaces de parole** pour penser le travail et panser les problèmes (travail d'équipe et soutien social vs complexité grandissante des situations).
- Soutenir le travail du gestionnaire.

*M. Vézina*



Dans ce contexte, les stratégies à mettre en place pour prévenir les atteintes à la santé mentale chez le personnel des organismes communautaires passent par la création d'espaces de parole.



les personnes les plus conscientes qui semblent les plus à risque<sup>2</sup>. Il s'agit là d'une situation inquiétante, si on prend en considération les attentes élevées de la population face aux

services de santé et aux services sociaux au Québec.

Dans ce contexte, les stratégies à mettre en place pour prévenir les atteintes à la santé mentale chez le personnel des organismes com-

munautaires passent par la création d'espaces de parole au sein de ces organismes afin d'en arriver à déterminer de nouveaux repères communs pour arbitrer ce décalage entre la conscience professionnelle

## Suggestion *de lecture*

CHRISTOPHE  
**DEJOURS**  
**SOUFFRANCE**  
**EN FRANCE**  
LA BANALISATION DE  
L'INJUSTICE SOCIALE



### Souffrance en France La banalisation de l'injustice sociale

Christophe Dejours  
*Seuil, 1998*

Les Français souffrent et ne le disent pas. Comment faisons-nous pour tolérer le sort des chômeurs et des « nouveaux pauvres » ? Et comment parvenons-nous à accepter sans protester des contraintes de travail toujours plus dures, dont nous savons pourtant qu'elles mettent en danger notre intégrité mentale et psychique ? Christophe Dejours, spécialiste du travail, découvre à l'origine de ce consentement silencieux la peur et la honte. Il révèle comment, pour pouvoir endurer la souffrance sans perdre la raison, on se protège. À la lumière du concept de distorsion communicationnelle de Jürgen Habermas et de celui de banalité de Hannah Arendt, il met au jour le processus qui fonctionne comme un piège. Alors la souffrance devient pensable. Et l'injustice sociale banalisée...



de chacun, les ressources disponibles et les besoins de la clientèle à desservir. Si cet arbitrage n'est pas fait collectivement, il laisse à chacun la responsabilité de porter sur ses seules épaules un problème qui est de nature organisationnelle. Il en résulte presque inévitablement une situation de surcharge « normalisée » car, comme nous l'avons vu précédemment, un travailleur consciencieux cherche à donner la maximum pour préserver son identité et l'image qu'il a de lui-même et qu'il veut soumettre au regard de l'autre.

Dans un contexte de rareté de ressources, les organismes communautaires doivent porter le débat au niveau des organismes qui les subventionnent pour éviter de faire porter les conséquences des lacunes du système sur la seule conscience sociale et professionnelle de leur personnel. Lorsque le débat sur ce qui est juste et bon de faire pour soulager la souffrance humaine est porté non seulement par le collectif des travailleurs communautaires, mais implique également les pouvoirs publics et les usagers, l'organisation du travail qui en résulte tient davantage compte des limites de l'être

humain à répondre aux besoins des clientèles tout en préservant sa santé. L'établissement de normes et d'exigences de qualité de services pourra alors permettre par exemple au personnel, de prendre un temps d'arrêt pour le repas, sans se sentir coupable de manquer à son devoir ou encore d'avoir accès à des conditions de travail normales (assurance-salaire, fonds de pension, etc.), sans avoir l'impression qu'il s'agit là d'avantages qui sont consentis au détriment des budgets qui auraient pu être affectés à la rémunération d'un plus grand nombre de personnes sur le terrain.

Il s'agit là d'un enjeu de taille car il touche à l'importance que notre société accorde à la solidarité avec les plus démunis. Les travailleurs communautaires jouent en effet un rôle majeur à ce chapitre en exerçant le difficile métier de venir en aide aux personnes qui ont le plus grand besoin d'être soutenues pour pouvoir apporter à leur tour leur contribution à la société. Comme le dit le Dalai Lama, « Le socle des valeurs humaines fondamentales réside dans le fait de se sentir préoccupé par les autres »<sup>3</sup>. Dans cette perspective,

il est important pour les organismes communautaires de créer des espaces de parole publique pour débattre de ces enjeux en montrant la difficulté du travail qu'ils ont à accomplir, difficultés que les indicateurs habituels de gestion utilisés pour évaluer les résultats de leur travail arrivent mal à cerner. S'ils n'arrivent pas à relever ce défi, ils se condamnent à voir leur rôle se marginaliser car, comme l'a dit Martin Luther King : « Nos vies tirent à leur fin, lorsque nous devenons silencieux sur des sujets qui ont de l'importance »<sup>4</sup>. 🙌

1 Laliberté, D. et Tremblay I, *L'organisation du travail et la santé mentale dans les organismes communautaires : regard sur une situation méconnue*. Rapport de recherche. Direction de santé publique de Québec, 8 mai 2007.

2 Maranda, M.-F., L. Saint-Arnaud, M.-A. Gilbert, M. Vézina. *La détresse des médecins : un appel au changement*. Québec : Les Presses de l'Université Laval, 2006, ISBN-13 978-2-7637-8374-1, 152 p.

3 Traduction libre de : « *The foundation of what I consider to be basic human values is a sense of concern for others* », The XIV Dalai Lama, "The art of happiness at work", Ed. Riverbead Books, N.Y., 2003, p.52.

4 Traduction libre de « *Our lives begin to end the day we become silent about things that matter* », Martin Luther King Jr, cité dans "The Gazette", 15 janvier 2007, p A1.

# ASCLÉPIOS, LE GUÉRISSEUR BLESSÉ : UN MYTHE À LA BASE DE TOUTES LES PROFESSIONS EN RELATION D'AIDE



**Jan Bauer**  
Analyste jungienne

Aujourd'hui, je vais vous parler du mythe du guérisseur blessé en m'adressant particulièrement à tous ceux et celles d'entre vous qui travaillez dans le domaine de la relation d'aide, surtout s'il y a parmi vous des personnes qui croient encore que pour être soignant il faut être parfait, invulnérable, sans blessures et sans névroses... ni « poche ou pogné », quoi!

Lorsque j'étais en formation à Zurich, je me souviens que j'avais une très grande peur pendant plusieurs années. Une peur que je n'osais pas exprimer à mes amis, ni à mon analyste et presque pas à moi-même. La peur d'être folle et que si l'on découvrait que j'étais folle, on me donnerait sans attendre un billet aller simple pour rentrer chez moi. Avec le temps, j'ai enfin eu le courage de poser la question très timidement à mon analyste et à ma grande surprise, il a éclaté de rire. J'étais étonnée et soulagée, mais pas tout à fait convaincue.

C'est que nous gardons l'illusion en sortant de notre formation professionnelle – surtout au début lorsqu'on manque un peu de confiance – que nous devrions être en quelque sorte fini, cuit, parfait. Plus de problèmes, plus de complexes. Puis avec le temps, on se rend compte qu'on n'est toujours pas parfait. C'est décevant... et c'est nécessaire.

Si nous faisons ce travail et que nous prétendons aider les autres, c'est surtout parce que nous avons été blessés nous-mêmes et nous savons ce que c'est que de sortir d'une famille dysfonctionnelle et de porter en

soi toutes sortes de complexes et de problèmes. L'important, évidemment, c'est d'en être conscient, de nous en occuper, de faire le même travail d'introspection que nous demandons à nos clients pour pouvoir prendre une distance avec nos problèmes quand nous serons au travail avec les autres. Mais nous n'avons pas à être parfait et sans failles. Au contraire. Sans nos propres blessures, nous n'avons pas de moyen de comprendre et de toucher celles des autres. C'est ça l'empathie. La capacité de se sentir dans la peau de l'autre. Sans nos propres blessures de

guérisseurs, nous serions seulement des touristes dans le domaine, avec nos caméras et nos jumelles observant la folie chez les autres mais sans vraiment y comprendre quelque chose.

Alors, j'aimerais vous inviter à faire un petit voyage avec moi pour explorer le mythe d'Asclépios, le premier guérisseur blessé dont l'influence résonne encore jusque dans nos bureaux aujourd'hui. Venez donc avec moi, non pas comme touristes, mais comme pèlerins, comme les Grecs qui se dirigeaient vers le temple d'Asclépios à Épidaure en Grèce.

## L'HISTOIRE

Commençons avec un peu de généalogie. Tout comme nous explorons l'histoire familiale de nos clients pour mieux comprendre leur situation, cela peut être utile de faire la même chose pour Asclépios, afin de mieux connaître qui étaient ses parents et de quelle sorte de milieu il était issu.

Dans la Grèce ancienne, il y avait une grande famille de douze dieux qui présidaient sur la montagne de l'Olympe. Ils étaient tous des dieux majeurs, chacun ayant son domaine particulier à gérer. Pour Zeus, c'était le pouvoir; pour sa femme Héra, c'était le mariage; pour Arès, c'était la guerre et pour Athéna, c'était la paix et les arts de la civilisation. De tous les dieux de cette grande famille, nous allons commencer par Apollon, car il est le père du dieu de la guérison, Asclépios.

Apollon était le fils préféré de Zeus, c'était un dieu solaire. Il était extraordinairement beau. D'ailleurs, on dit même aujourd'hui pour souligner la beauté d'un homme : « Lui, c'est un vrai Apollon ». Il suffit de regarder la publicité pour les vêtements Ralph Lauren pour voir quelques exemples de cette

beauté apollonienne masculine. Apollon était donc un dieu de la beauté, de l'harmonie et de toutes les règles esthétiques. Avec ses neuf muses (musique, poésie, architecture, etc.), il a créé toutes les activités artistiques qu'il a ensuite offertes aux êtres humains. C'est à lui qu'on réfère quand on pense à la beauté classique des temples et des sculptures de la Grèce ancienne. Aujourd'hui, lorsque nous visitons des musées ou que nous allons au concert, nous nous promenons dans le domaine d'Apollon.

Il était, en plus, un dieu des connaissances, du savoir, de la raison et de la logique. Ainsi, par exemple, quand les universitaires passent leur temps à faire de la recherche et à mettre de l'ordre dans les connaissances intellectuelles, on pourrait dire symboliquement qu'ils sont en train de travailler dans un temple d'Apollon.

*Apollon était un dieu de la beauté, de l'harmonie et de toutes les règles esthétiques. C'est à lui qu'on réfère quand on pense à la beauté classique des temples et des sculptures de la Grèce ancienne.*



En tant que grand intellectuel, Apollon était aussi le dieu de la connaissance médicale et c'est pour cela que le serment d'Hippocrate récité par les jeunes médecins au début de leur carrière commence par les mots suivants :

« Je jure, au nom d'Apollon, d'Asclépios<sup>1</sup>, de la Santé, de la Guérison et de toutes les déesses et de tous les dieux — je les prends tous à témoin — que je vais respecter ce serment et cette vocation dans toute la mesure de mes capacités et de mon intelligence ».

On appelle ce serment « Hippocrate » parce que le premier médecin célèbre en Grèce s'appelait Hippocrate et qu'il travaillait justement comme prêtre à Épidaure, dans le temple d'Asclépios. Tous les médecins faisaient ensuite leur apprentissage au service d'Asclépios et ils étaient connus sous le titre d'Asclépiades ou « fils d'Asclépios ».

Ainsi Apollon était donc un dieu du savoir médical, mais il n'était pas le Dieu de la guérison. Ce rôle allait plutôt être attribué à son fils Asclépios. Pourquoi? Parce qu'Apollon était beau et brillant, il éblouissait par ses connaissances, ses aptitudes artistiques et ses capacités intellectuelles, mais il n'était pas très gentil. C'était un dieu, un olympien et comme tel, il n'avait pas vraiment de coeur. Il vivait dans un monde de pouvoir, regardant l'humanité du haut de son siège, sur l'Olympe. Il se plaisait à faire des excursions sur Terre pour séduire les femmes mortelles, juste pour le plaisir. Il envoyait ses flèches dorées sur l'humanité causant toutes sortes de malheurs y compris les maladies. Comme tous les dieux grecs, il était une pure force de la nature pour le bien et pour le mal. Il pouvait aussi bien doter l'humanité des arts que leur envoyer des épidémies.



De nos jours, lorsque nous tombons sous l'influence de trop de logique, de trop de connaissances cérébrales sans coeur et sans sentiments, quand nous sommes enfermés dans notre tête sans pouvoir contacter le coeur, on pourrait dire que nous avons été frappés par une flèche d'Apollon. Je me souviens, par exemple, d'une jeune étudiante en psychologie qui me consultait et qui, un jour, est arrivée à sa séance complètement défaite et hors d'elle. Elle me raconta qu'elle avait commencé à suivre un cours obligatoire en statistiques. Elle, qui voulait comprendre les êtres humains, était sidérée par le côté mathématique et froid des statistiques et se demandait même si elle pouvait passer à travers pour poursuivre sa carrière. On pourrait dire que par l'entremise de ce cours, elle a été frappée par une flèche d'Apollon qui la figeait dans ses sentiments.

Un autre exemple de flèche douloureuse d'Apollon est celui d'un jeune couple qui se disputait et où, pour mettre fin au conflit émotionnel, l'homme a sorti un livre de philosophie et l'a présenté à son amie en disant : «Voici, tu trouveras toutes les réponses nécessaires chez cet auteur». Puis, il est parti, laissant son amie avec le livre sur les genoux et les sentiments ravagés. Encore une flèche d'Apollon.

Lorsqu'on fait des rêves où l'on se trouve en train de monter trop vite dans un ascenseur, pris dans un grenier ou seul et mal en haut d'une montagne, c'est qu'on est sous le pouvoir d'Apollon. Trop dans les hauteurs, trop près du soleil, brûlé par la clarté intellectuelle sans douceur, le savoir sans le «sentir».

Ces exemples constituent des manifestations de l'ombre d'Apollon, le côté néfaste de sa beauté

et de son intelligence parfaite, responsable du perfectionnisme qui peut nous paralyser et nous empêcher d'agir et de sentir. C'est pour toutes ces raisons qu'Apollon ne peut être un dieu de la guérison et que ce sera plutôt son fils qui endossera ce rôle. Il va adoucir les connaissances d'esprit de son père en y ajoutant l'empathie et la compassion. On pourrait presque faire une analogie entre le duo Apollon/Asclépios et le dieu Yahweh (du vieux Testament)/Jésus, son fils. Comme Jésus, Asclépios va apporter de l'humanité au pouvoir froid et distant de son père aux cieux. Comme Jésus, Asclépios est un enfant né de femme mortelle et de père divin. Il participe donc dans les deux domaines et peut apporter de la compassion humaine à la connaissance purement intellectuelle. Et à l'instar de Jésus, Asclépios est né dans des conditions bien difficiles.



*Lorsque nous tombons sous l'influence de trop de logique, de trop de connaissances cérébrales sans coeur et sans sentiments, quand nous sommes enfermés dans notre tête sans pouvoir contacter le coeur, on pourrait dire que nous avons été frappés par une flèche d'Apollon.*

Voici ce qui s'est passé. Son père, Apollon, était sur terre pour trouver une belle femme à séduire et il jeta son dévolu sur Coronis, une très belle princesse, fille d'un roi local. Fidèle à son habitude, après l'avoir séduite, il est reparti. Car Apollon vivait sur l'Olympe, dans des nuages, il n'était pas doué pour l'intimité humaine et d'ailleurs ça ne l'intéressait pas. Il voulait son plaisir, son pouvoir et sa liberté. Pour les Grecs, il ne s'agissait pas de le blâmer. Les dieux étaient comme ça. Ils représentaient les forces de la nature tantôt bénéfiques, tantôt maléfiques pour les êtres humains. C'était donc dans sa nature de divinité d'être distant et intouchable.

Toutefois, Coronis s'ennuyait de son bel amant et se trouvait, en plus, enceinte. Mais plutôt que de tomber dans le rôle de la victime séduite et abandonnée, elle a réagi en femme forte et autonome. Elle a décidé de suivre son coeur et ses

besoins et de trouver un amant mortel, plus disponible pour elle et pour son enfant à naître. Elle est tombée amoureuse d'un prince local et elle l'a épousé. Heureuse fin à une histoire d'amour difficile, pensez-vous. Et bien non, l'histoire ne fait que de commencer...

Coronis a été surveillée. Apollon a envoyé un corbeau pour la suivre et pour s'assurer de sa fidélité, même à distance. Oui, même les dieux peuvent être des «control freaks»... Le corbeau, donc, s'envola vite à l'Olympe pour dénoncer l'infidèle. Apollon était si enragé qu'il a maudit le pauvre messenger et l'a condamné à être noir alors qu'il avait toujours été d'un beau blanc auparavant. Non content de se défouler sur le corbeau, il s'en alla ensuite sur Terre avec ses flèches et il tua Coronis d'un coup. Puis, il mit son corps sur un bûcher funéraire pour le brûler.

Fin du récit, pourriez-vous penser. Une typique histoire de violence

conjugale où un homme, blessé dans son orgueil tue sa femme qui, elle, voulait simplement un peu de bonheur affectif. Ce mariage des opposés, lui du ciel et de l'esprit, elle de la terre et des sentiments, s'est mal terminé dans un feu final. Et pourtant, quelque chose d'autre va se passer, qui aura pour résultat de réconcilier ces deux énergies si opposées.

Pris de remords à la dernière minute, Apollon va sauver l'enfant de Coronis en l'enlevant de son ventre avant qu'il ne soit consommé par le feu. Il le laissera sur le flanc d'une montagne et repartira vers l'Olympe. Déjà à la naissance, le petit Asclépios se trouve sans mère, abandonné par son père, exposé aux éléments, orphelin. Assez de traumatismes merci pour un début dans la vie! Mais une chèvre le trouve et signale sa présence à un chien de berger qui le garde jusqu'à l'arrivée de son maître, qui prendra l'enfant et l'élèvera chez lui.

Le premier temple d'Asclépios était à Épidaure en Grèce. Les ruines existent toujours et l'on peut les visiter en s'imaginant faire le même chemin de pèlerinage que les milliers de malades qui venaient consulter le dieu.



## CAPSULE INFO

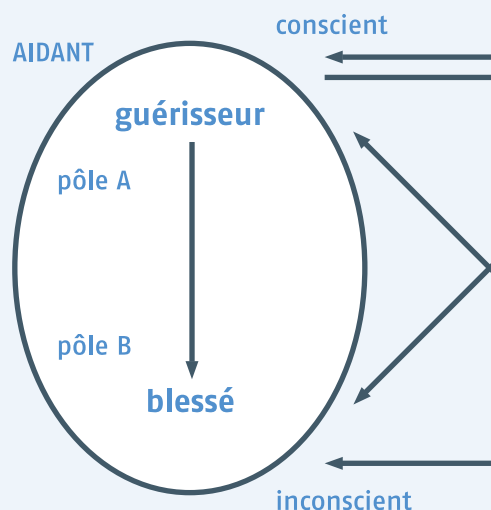
### La figure du soignant-blessé

Il s'agit du rappel de quelque chose que nous savons tous inconsciemment mais que nous avons une grande tendance à oublier dans notre théorisation, formalisation ou même pratique du soin. Il s'agit de la prise de conscience du fait que le monde n'est pas coupé en deux, avec d'un côté les soignants et d'un autre les soignés, d'un côté les bien-portants, d'un autre les malades, mais que tous et toujours nous sommes en même temps bien-portants et malades, soignants et soignés.

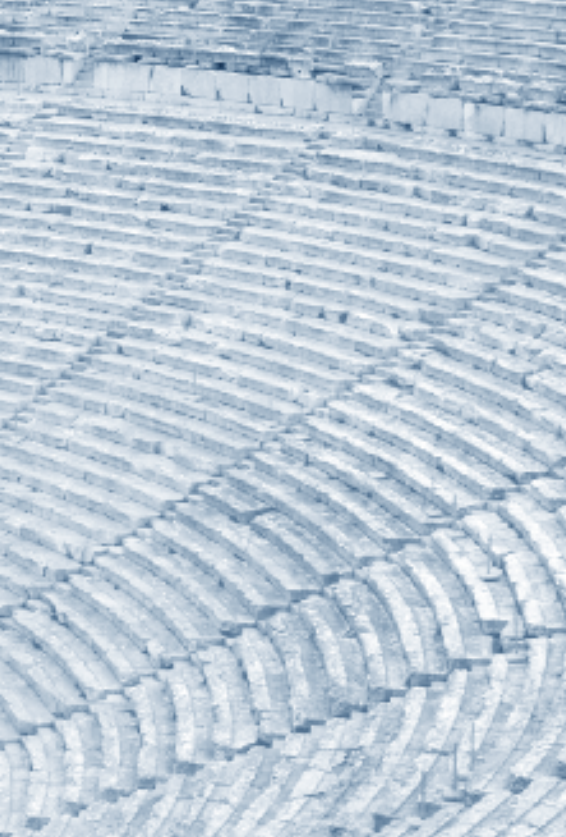
C'est ce que veut signifier cette notion de « guérisseur-blessé ». Il s'agit d'un archétype comme le comprenais Jung, c'est-à-dire une forme inconsciente (de l'inconscient collectif), innée, constamment à l'oeuvre dans notre manière d'être dans le monde. On peut se représenter les choses de la manière suivante :

Ce schéma nous montre qu'au niveau conscient il existe bien une interaction entre un guérisseur et un blessé. Mais nous serons constamment piégé si nous ne nous rendons pas compte de la complexité de ce qui se passe en profondeur, au niveau inconscient. Celui qui se présente socialement comme soignant a lui aussi un pôle blessé. Si cette image nous est familière peut-être l'est moins celle en miroir qui nous dit que le « patient » possède en lui un pôle de guérisseur, pour se soigner lui-même comme cela semble évident, mais aussi peut-être et d'une manière paradoxale, pour soigner la partie blessée du soignant qui lui fait face. C'est ce j'appelle la circularité du soin. Le soin n'est pas un processus unidirectionnel qui se déverse d'un soignant ou d'une équipe soignante vers un soigné,

mais il est quelque chose qui circule. On sera alors amené à réfléchir sur ce que signifie



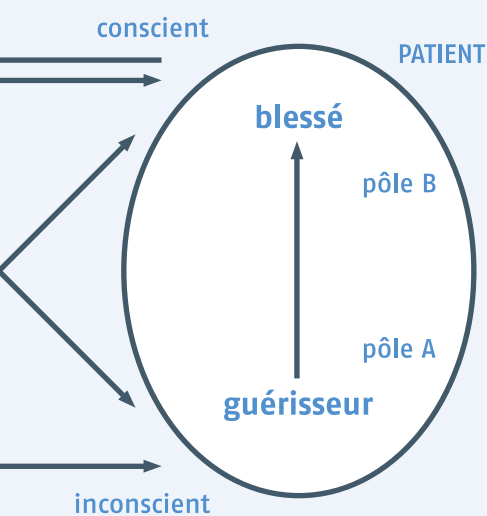
*Schéma tiré de : CHALVERAT CHARLES, «Le mythe du guérisseur blessé dans les médecines populaires comme fondement archétypique de la relation d'aide». La Vouivre, Culture et Pensée jungienne, 1999, 9 : p. 55-63.*



On peut déjà observer, dans l'histoire, l'importance de l'élément « animal » dans le culte éventuel d'Asclépios. Alors que son père avait de l'esprit et sa mère des sentiments, les animaux apportent l'élément des instincts, la sagesse du corps qui va jouer un rôle central dans le processus de guérison dans les temples d'Asclépios. Ainsi, dès la naissance d'Asclépios, la table est mise pour que la guérison, chez les Grecs, comporte toujours trois niveaux : le niveau théorique et intellectuel, le niveau émotif et affectif et le niveau physique et instinctuel.

Aujourd'hui, nous savons à quel point toute guérison comporte justement une part de ses trois éléments. En effet, les théories sans coeur restent froides et inhumaines, les sentiments sans compréhension restent infantiles et le travail corporel sans les deux autres est simplement mécanique. Selon que nous sommes médecin, psychothérapeute ou quelqu'un faisant du travail corporel, l'emphase des trois éléments sera différente, mais pour que la guérison ait lieu, tous les trois – la tête, le coeur et le corps – devraient être présents à un certain degré.

ce soin qui peut aller et venir indépendamment de tout rapport à la connaissance.



Source : Thierry Collaud, *Personnes et systèmes soignants : un regard éthique (un peu) critique sur la transdisciplinarité*, Haute école de la santé cantonale vaudoise, Août 2008. <http://www.hecv-sante.ch/>

Poursuivons l'histoire d'Asclépios qui à l'adolescence, après avoir été accueilli et élevé par des bergers humains, reçoit une visite de son père biologique Apollon. Comme s'il cherchait à corriger le mal qu'il avait fait, il vient remettre son fils entre les mains du sage Chiron, le centaure qui fera son éducation. Incapable d'être un père présent et gentil, il pouvait au moins veiller sur le destin de son fils qui reprendra l'oeuvre médicale de son père en y apportant une touche d'humanité.

Créature fabuleuse, mi-cheval, mi-homme, Chiron vivait dans la forêt profonde. Il connaissait donc tous les secrets des plantes qui guérissent. Par son enseignement patient, Asclépios apprendra l'art de la guérison avec des produits naturels. Et il apprendra aussi le sens profond de l'expression « guérisseur blessé ». Car Chiron, le centaure, a une blessure à l'épaule faite par une flèche d'Hercules. C'est une blessure qui ne guérit jamais et qui donne à Chiron une capacité d'empathie et de compassion pour les maux des autres.

Le fait que la blessure de Chiron ait été causée par Hercule est important car comme vous le savez peut-être déjà, Hercule est un personnage héroïque par excellence. Il a accompli toutes sortes de tâches difficiles et a gagné l'épithète de héros glorieux parmi les dieux et les hommes. Ce n'est pas pour rien que Chiron, en particulier, souffre toujours de la flèche du héros Hercule... Car les Grecs comprenaient déjà que l'héroïsme porté à l'extrême peut blesser. Et en particulier l'héroïsme excessif

qui nous blesse dans nos corps et nos instincts. Aujourd'hui, on peut voir les résultats de ces blessures causées par l'héroïsme avec l'épidémie de *burnouts* et de dépressions qui frappent les travailleurs. Notre obsession pour la performance et la productivité nous mène à quitter nos corps et nos sentiments pour nous concentrer uniquement sur des efforts cérébraux. Un indice particulièrement imagé de cette situation apparaît dans nos rêves quand ils sont pleins d'animaux blessés et négligés...

Alors, fort de son apprentissage avec Chiron, de son héritage paternel et maternel, de ses années avec un humble berger et de son propre traumatisme d'enfance, Asclépios est prêt à fonder un temple de guérison. Mettant ensemble le corps, l'esprit et les sentiments, il va créer un lieu de guérison qui perdurera des milliers d'années et sera le centre de la tradition médicale du monde ancien. Sur les statues qui le représentent dans ses temples, on a écrit :

« Ce dieu ne se présente pas à nous dans un calme olympien.

On a plutôt l'impression d'une grande émotivité intérieure, on pourrait même dire qu'il a l'air d'être assailli par les souffrances des êtres humains, souffrances qu'il a la vocation d'apaiser. »

**MAIS QUE SE PASSAIT-IL DANS CES TEMPLES? QUELLE ÉTAIT LA MÉTHODE DE GUÉRISON? ET EN QUOI EST-CE QUE CELA NOUS CONCERNE-T-IL AUJOURD'HUI?**

Le premier temple d'Asclépios était à Épidaure en Grèce. Les ruines existent toujours et l'on peut les visiter en s'imaginant faire le

même chemin de pèlerinage que les milliers de malades qui venaient consulter le dieu. D'autres temples ont été ensuite bâtis jusqu'en Italie où les Romains ont adopté le culte d'Asclépios. Mais Épidaure reste le temple mère, le Vatican de la guérison en quelque sorte. Tous les autres temples étaient construits sur le même modèle, soit toujours bâtis au-dessus d'une source. Cette eau vivante représentait le flot de l'énergie vitale, le Qi (prononcer «tchi») pour ceux et celles d'entre vous qui connaissent l'acupuncture. Car pour les Grecs, toute maladie prenait son origine dans

## Suggestion de lecture

Thierry C. Pauchant  
et collaborateurs

# LA QUÊTE DU SENS

GÉRER NOS ORGANISATIONS POUR LA SANTÉ DES PERSONNES,  
DE NOS SOCIÉTÉS ET DE LA NATURE



### La quête du sens. Gérer nos organisations pour la santé des personnes, de nos sociétés et de la nature

Thierry Pauchant et collaborateurs  
Éditions Québec-Amérique, 1997

Si nos organisations gagnent encore des sous, elles sont de plus en plus dépourvues de sens. Ce déficit est lié à de nombreux facteurs : précarité de l'emploi, pollution industrielle, logique du « toujours plus », crises majeures, surexploitation des ressources, maladies professionnelles, manque d'équité, langue de bois, absence de démocratie, fragmentation des enjeux, mal de l'âme...

Dans ce livre, onze experts en management et en psychologie ont délaissé les théories économiques habituelles et les pratiques administratives à la mode. Ils se sont plutôt inspirés d'auteurs qui ont posé avec acuité la question du sens : Martin Buber, Albert Camus, Victor Frankl, Rollo May, Carl Rogers, Paul Tillich, William Shakespeare, Marguerite Yourcenar, Simone Weil... Ce recours à la tradition existentielle permet de jeter un regard neuf et salutaire sur nos organisations ainsi que sur la vie au travail.

**Des façons de faire différentes, de nouvelles façons d'être pour :** l'exercice du pouvoir; le leadership; la supervision; la motivation au travail; le changement stratégique; l'efficacité organisationnelle.

**Des diagnostics, souvent tabous, sur la vie organisationnelle à partir :** d'analyses de cas et de vies; d'histoires; d'exemples concrets; d'entrevues, de dialogues; de recherches scientifiques.

Extrait du livre disponible sur le site à l'adresse suivant :  
<http://neumann.hec.ca/cme/PagesTPauchant/Livres/laquetedusens.shtml>

un blocage des énergies vitales. Aujourd'hui encore, on constate que beaucoup de souffrances psychiques ou physiques proviennent du fait que notre énergie vitale ne circule pas. Dans la thérapie, c'est peut-être le cœur qui est bloqué : on ne sait pas ou l'on n'ose pas aimer; ou la tête est bloquée car on s'est toujours fait dire qu'on était stupide et on n'ose pas avoir ses propres idées; ou le corps souffre et est bloqué, ce corps qui porte le prix de nos vies souvent déséquilibrées. Ce sont fréquemment des rêves de toilettes bouchées qui annoncent le problème. Le rêveur ne peut trouver une toilette ou en trouve qui sont bouchées—tous des signes classiques de blocages psychiques.

Pour revenir à Épidaure, il y avait toujours une délimitation du terrain entre le « fanos » et le « téménos ». Le « fanos » désignait simplement des terrains en dehors de l'espace sacré du temple. C'était le non sacré, d'où notre mot « profane ». Ensuite, il y avait le « téménos » ce qui veut dire espace sacré. Ceci comprenait tout espace sous la gestion et la protection du temple, les terres aussi bien que les bâtiments eux-mêmes.

En psychanalyse jungienne, nous parlons souvent du « téménos » pour décrire l'espace de nos bureaux. On voudrait créer ainsi un espace protégé où l'individu consultant peut se sentir en sécurité pour vivre et parler des choses les plus intimes et souvent difficiles. Mais l'idée du « téménos » peut aussi s'appliquer à tout espace qu'on crée soi-même : une chambre, un bureau, un verger, un jardin, ou même la voiture, là où l'on peut être en paix loin du « fanos », du monde extérieur, pour réfléchir, rêver, reprendre contact avec soi-même. Il n'y a pas de règles rigides pour créer un « téménos ». Chacun, chacune, peut le faire à son goût. Nos bureaux professionnels peu-

vent ainsi être dans une clinique, dans un bâtiment professionnel ou à la maison. L'important, si l'on est dans la relation d'aide, c'est qu'on y est bien et que l'on crée un endroit paisible et en dehors du « fanos » pour les gens qui viennent nous voir.

Une fois entrés dans le temple, les gens étaient accueillis par des prêtres. Puis les malades étaient informés des rituels concernant le manger, les ablutions et les prières—tous des préparatifs avant d'aller à la rencontre du dieu lui-même. Car on ne pouvait jamais, au grand jamais, simplement foncer sur l'autel, s'agenouiller, implorer Asclépios et partir. Et cela est également vrai pour tous les temples et tous les dieux grecs. Si l'on fonçait tout droit vers eux, les dieux fuyaient. Il n'y avait pas de ligne droite dans l'approche du sacré. Il fallait prendre son temps, suivre le labyrinthe, performer les rituels dans le but de se mettre dans une attitude de recueillement et de réceptivité.

Je raconte cette histoire à mes clients quand ils deviennent impatients et disent par exemple, « je veux faire plus vite, comment ça se fait qu'on repasse toujours par les mêmes affaires, donnez-moi une technique rapide et efficace pour que je puisse guérir et partir ». Mais guérir est un processus organique, comme devenir malade est organique. Ce ne sont pas des processus linéaires et logiques. Par le labyrinthe ou la spirale, on repasse aux mêmes endroits mais à un autre niveau. Nous ne sommes pas des machines, ni justes des têtes. Apollon, malgré toute sa clarté, ne guérit pas. Savoir n'est pas assez. C'est son fils Asclépios, accompagné par la nature, le féminin et l'animal qui guérit.

Alors, une fois que le pèlerin avait accompli les rituels de préparation, il était enfin conduit à une crye

souterraine pour entrer dans l'*incubatio*, un endroit fermé et solitaire où la « gestation » de la guérison pouvait commencer. Ici, seul, il passait la nuit dans l'espoir de rencontrer le dieu Asclépios et d'en sortir sur la voie de la guérison. En vision ou en rêve, il pouvait voir soit Asclépios lui-même ou très souvent un de ses animaux : un chien, un coq ou un serpent.

Pourquoi ces animaux-là ? Le chien, pour les anciens, était l'incarnation des instincts fidèles. Il était à la fois guide et compagnon, protecteur et aide dans des activités quotidiennes. Le chien d'Asclépios représentait l'activité instinctuelle équilibrée du corps que le malade avait besoin de retrouver. Et ce n'est peut-être pas un hasard qu'aujourd'hui tant de gens ont des chiens. Ils nous lient à la nature, au corps et à la simplicité spontanée des sentiments que la vie moderne fait tout pour éliminer de nos existences.

Le coq représentait simplement l'avènement d'un jour nouveau, le fait que la nuit et l'obscurité, et par extension la maladie, peuvent céder la place à un nouveau départ.

Quant au serpent, il était partout dans le monde ancien un symbole puissant de transformation et de pouvoirs spéciaux. Il pouvait littéralement changer de peau, il pouvait naviguer entre la terre, l'eau et sous la terre. De plus, selon les Grecs, son venin pouvait guérir à certaines doses et il pouvait tuer à d'autres. Le serpent incarne donc les pouvoirs paradoxaux de la médecine. Le pouvoir d'agir à plusieurs niveaux, d'effectuer des changements importants, de faire du bien et de guérir mais aussi de faire du mal. On oublie parfois avec notre foi moderne dans la science que tout ce qui fait du bien peut aussi faire du mal. Qu'il s'agisse d'effets secondaires de certains médicaments ou d'un simple

*La guérison effectuée par Asclépios n'était pas une transformation totale. C'était un « aller mieux » pour sortir du mal-être et de la maladie.*



traitement de physiothérapie ou de la psychologie, lorsqu'on exerce une profession qui prétend aider les autres, on détient aussi le pouvoir de faire mal. Et on va le faire, par accident, par inconscience ou simplement par malchance. C'est cela que représente la symbolique du serpent et le poids de notre travail. Ce n'est jamais parfait.

Alors le lendemain, le malade sortait de la crypte, racontait son rêve au prêtre et recevait une interprétation et des instructions sur la façon de poursuivre dans sa guérison. Ce qui frappe ici, c'est que l'étape finale du malade se passe seul, en présence du dieu et de ses représentants. Nous dirions aujourd'hui qu'il est seul avec les contenus de sa psyché et de son inconscient. C'est comme si, à la fin, toute guérison reste un peu mystérieuse. On a beau faire tous les préparatifs

(bien manger, faire du sport, écrire ses rêves, etc.), il n'est pas garanti que le dieu sera au rendez-vous. Il y avait des malades qui partaient du temple sans avoir eu de rêve, de vision ou sans se sentir touché par Asclépios. Comme il y a des clients aujourd'hui qui font beaucoup ou pour qui on fait beaucoup mais dont la guérison ne vient pas malgré tout. Tout ce qu'on peut faire, c'est mettre en place des conditions favorables, apporter des connaissances utiles et espérer que la psyché et le corps se mettront ensemble pour faire le reste.

Il faudrait mentionner aussi que deux sortes de patients n'avaient pas droit d'entrer dans le temple d'Asclépios : les femmes enceintes, puisque la grossesse n'était pas considérée comme une maladie et les gens mourants. Ceux-ci devaient plutôt s'adresser à Hadès ou à Dionysos – les dieux

des enfers, de la mort et de la transformation d'un monde vers un autre.

Car la guérison effectuée par Asclépios n'était pas une transformation totale. C'était un « aller mieux » pour sortir du mal-être et de la maladie. En quittant le temple, le pèlerin pouvait entendre le chant du coq qui annonçait une nouvelle journée. Le soleil se lève, on recommence. Ce n'était pas un nouvel être qui partait, mais un être en voie de guérison grâce au dieu Asclépios et à la réceptivité du malade à entendre son message.

Et il en est ainsi avec nos pratiques de cliniciens. Parfois on voit des personnes qui viennent faire un long travail menant à de véritables transformations. Parfois, d'autres veulent simplement se sentir mieux, sortir des

vieux blocages et puis continuer leur vie. On est alors obligé de changer temple, de position thérapeutique selon les besoins de chacun. Guérison ou transformation, processus long ou processus court – chaque corps, chaque cœur, chaque psyché a ses besoins différents. Nous devons avoir suffisamment de flexibilité pour les reconnaître.

Cette flexibilité est aussi utile pour identifier nos propres blessures et pour nous en occuper

afin qu'elles n'interfèrent pas avec celles de nos clients. C'est un processus sans fin et il n'y a pas de perfection possible. Nous sommes plus près d'Asclépios que d'Apollon et comme Carl Jung le disait si bien :

«Nous devons faire nos expériences; nous devons nous tromper; nous devons poursuivre nos grands rêves vitaux. Oui, nous ferons des erreurs. Si nous nous empêchons de faire des erreurs nous ne vivons pas. D'une cer-

taine manière nous pouvons dire que toute vie est une erreur. Car personne n'a trouvé la vérité». 🖐

1 On dit également Esculape, l'équivalent romain du dieu grec Asclépios.

2 Le concept du Qi est intrinsèquement dynamique. Il est changement perpétuel et transformation rythmée. Il se condense, se dissout, se concentre, s'étend; les manifestations à travers lesquelles il se révèle changent de caractéristiques, une forme s'intègre à une autre ou s'en sépare, il monte ou descend, le Qi est en mutation constante. (*Passeport santé* | [www.passeportsante.net](http://www.passeportsante.net) | Septembre 2008)

## Suggestion de lecture



### Guérir la santé



### Guérir la santé : un dialogue de groupe sur le sens du travail, l'éthique et les valeurs dans le secteur de la santé

Thierry C. Pauchant et Collaborateurs  
*Éditions Fides, 2002*

La santé est malade! Le monde de la santé est en crise. Personne n'y échappe : médecins, infirmières, leaders, gestionnaires, professionnels, patients et... citoyens. Que faire? Instaurer une pratique de dialogue démocratique.

C'est ce qu'ont accepté de faire 26 personnes du réseau de la santé et des services sociaux à l'invitation de Thierry C. Pauchant. Cet ouvrage reproduit leurs dialogues sans censure sur le sens et le non-sens de leur travail. Afin de dépasser les enjeux ponctuels, ces dialogues se situent à deux époques différentes : en 1997, au milieu des coupures, et en 2001, dans la complexité des fusions.

En acceptant d'entrer dans cette véritable quête de sens, des personnes peuvent bâtir collectivement une éthique du bien commun. La pratique du dialogue - qui peut être mise en œuvre dans de multiples organisations ou secteurs d'activités - permet de fonder les décisions sur une exploration démocratique des valeurs.

Ce livre, orienté vers la pratique, est structuré en quatre parties. L'introduction générale suggère que le processus innovateur du dialogue permet de remonter aux sources des crises et de faire émerger des actions plus adéquates face à des enjeux complexes. Cette introduction décrit aussi en termes pratiques la conduite d'un dialogue en organisation, en le replaçant dans son contexte démocratique. La seconde partie offre la retranscription de dix dialogues effectués par 26 personnes du secteur de la santé et des services sociaux, soit des médecins, des infirmières, des leaders, des gestionnaires, des professionnels, des universitaires et des patients. La conclusion de ce livre suggère que la pratique du dialogue mène à une éthique collective, qui nous fait particulièrement défaut aujourd'hui dans notre monde complexe, et présente les fondements et le processus de «l'éthique du dialogue». Enfin, une bibliographie commentée présente 70 ouvrages sur la pratique du dialogue pour ceux et celles qui désirent s'engager dans ce « chemin pas comme les autres ».

# L'INTERVENTION EN SANTÉ MENTALE COMME EXPÉRIENCE SOCIALE



## Marie-Chantal Doucet

Sociologue, travailleuse  
sociale et professeure

*École de service social  
Université d'Ottawa*

J'ai reconnu aujourd'hui plusieurs visages qui me sont très familiers et très chers, je veux vous dire ma joie d'être parmi vous aujourd'hui. Je viens parler avec vous d'une activité que je connais un peu pour l'avoir exercée, d'un travail, d'une nécessité parfois, d'une vie même. Il s'agit de l'activité d'intervenir. L'intervention est une vie parce qu'elle donne à voir et à entendre une pluralité où les thèmes s'affrontent et s'influencent. Et pourtant, il s'agit de penser chaque humain comme s'il était seul. L'intervention est une vie, comme on sait, qui recèle de promesses sans fin, de complications et d'inattendus. Connaître les choses matérielles n'est pas comme connaître des êtres de durée. Les êtres de durée ont un passé, un futur. Si je pense un être, cet être change, se transforme continuellement. C'est ce qui fait son existence. Il n'y a pas de vie sans changement. C'est dans le changement qu'est le

sens. Or, l'intervention est au cœur de ces choses. Nous n'avons pas choisi la facilité. Je suis bien certaine que nous n'avons pas attendu d'avoir traversé toute une grammaire pour intervenir. Intervenir est en nous. Que pouvons-nous y faire? Quoique l'humain soit un être virtuellement éthique, pour certains la conscience de l'Autre a de longs moments de sommeil. Or, il faut bien que certains veillent. Chacun doit reconnaître en soi cet appel pour y répondre ou pour s'en libérer. Intervenir doit être une vie librement consentie.

L'intérêt d'analyser l'intervention sera de l'envisager dans

son expérience même, comme une action orientée, une action procédurale mais une action s'inscrivant pourtant dans les failles même de la procédure et qui s'insinue dans l'imprévisibilité d'un rapport à l'autre. Ainsi, il est nécessaire de s'interroger sur l'altérité (le rapport à l'autre) comme pouvant éclairer les problèmes de la pratique. Je vais d'abord poser un regard critique sur le discours dominant en examinant trois choses : la question de l'autonomie; l'individualisation structurelle de la pratique et l'intervention comme procédure. Je vais me concentrer ensuite sur une tendance qui s'inscrit en

mineur bien sûr et qui est pourtant incontournable : il s'agit de l'intervention comme expérience sociale d'un rapport à l'autre.

La question est bien : quel est le sens de cette intervention? Que nous dit cette action et quels en sont les thèmes majeurs? Derrière les gestes et les mots quotidiens se profile un discours social. C'est de ce discours dont il faut révéler le sens puisqu'il met en question l'éthique des rapports sociaux. On peut en effet repérer une conception du social à l'intérieur même des interventions quotidiennes. Ces années-ci, elles placent la fameuse question de l'autonomie au centre des préoccupations.

## La question de l'autonomie


L'autonomie, issue tout droit d'un idéal démocratique de liberté, est l'un des thèmes majeurs de l'intervention sociale contemporaine. Le courant contre-culturel revendiquait, il y a trente ans, le droit d'être soi-même, à travers les thèses anti-institutionnelles. La revendication d'autonomie s'inscrivait alors contre l'emprise de l'institution sur les libertés individuelles.

Or, le principe de liberté individuelle devient aujourd'hui une injonction à être autonome. Cette aspiration que l'on pourrait juger légitime se fait contraignante. L'autonomie se trouve donc aujourd'hui au cœur du discours dominant, ce qui fait dire à certains que nous nous trouverions dans une forme d'institution de l'autonomie; une institution sans murs. On aboutit à une sorte de perversion de l'idéal de liberté. Quelle est la définition du mot autonomie? Ce mot vient du grec et signifie : «celui qui se donne sa propre loi». Dans les théories humanistes, certainement parmi les fondements théoriques qui

guident les pratiques, le développement de l'autonomie individuelle est central. Il s'agit-là d'un des thèmes majeurs de l'orientation non-directive de Rogers<sup>1</sup>, par exemple. Or paradoxalement, à l'intérieur même d'un discours se posant comme non-directif, je dis à l'autre de se donner sa propre loi. Par ailleurs, dans l'impératif d'autonomie je dis aussi à l'autre de se soumettre à ce précepte. Donc l'individu se trouve au milieu d'un langage paradoxal. Il doit obéir à l'ordre «**sois autonome**» tout en se donnant sa propre loi. Ehrenberg<sup>2</sup> souligne cette attitude sociale en santé mentale dans les rapports quelque peu tordus entre contrainte et consentement. Dans l'univers de l'autonomie où le consentement aux soins est la règle, le patient devient acteur de sa santé mentale. Le patient, nous dit ce discours, doit être traité comme une personne à part entière. C'est ainsi que l'individu, hier aliéné, se transforme aujourd'hui en individu autonome. Or le patient autonome est un patient compétent mais la définition de la compé-

*Le principe de liberté individuelle devient aujourd'hui une injonction à être autonome. Cette aspiration que l'on pourrait juger légitime se fait contraignante.*





*L'autonomie implique aussi la responsabilisation. Si je suis autonome, je dois accepter les conséquences de mes choix.*

tence est liée au consentement. En fait, un patient compétent consent aux soins. Si un jour ce même individu fait un acte d'autonomie et refuse l'aide, refuse les soins, il est transformé en incompétent. Il redevient autonome et compétent seulement s'il se trouve dans le registre du consentement.

L'autonomie implique aussi la responsabilisation. Si je suis autonome, je dois accepter les conséquences de mes choix. Les choix sont là; il s'agit ici d'inventer sa vie car il faut **être soi-même** et pourtant, dit-on maintenant aux écoliers, les conséquences

vont intervenir si vous effectuez le mauvais choix. L'individu étant responsable de ses actes, est également responsable des conséquences de ses actes. La responsabilisation découle du principe que tout individu possède en lui les réponses à ses problèmes.

Pourtant, l'injonction d'autonomie pèse de façon très inégale sur les individus. On sait que la pauvreté est liée à des problèmes de santé plus fréquents. Il est bien documenté que chaque détérioration du statut socio-économique contribue à dégrader la santé. Quand on fait l'étude de la

santé du point de vue des conditions de vie, on voit très bien que les conditions objectives d'existence génèrent des stressors psychosociaux qui contribuent à chroniciser les problèmes.

Certains lieux communs lexicaux dans lesquelles j'engage l'autre pourraient être re-questionnés. L'autonomie en constitue un exemple fameux puisqu'elle s'impose comme nécessité à l'intérieur de chacun des discours de l'intervention. L'autonomie semble en effet l'aboutissement de toute intervention réussie, qu'elle relève d'un projet plus général de

## Suggestion *de lecture*



### L'éthique au cœur des soins Un itinéraire philosophique

Catherine Pont-Humbert  
*Éditions Vuibert, 2005*

«À ceux qui n'ont jamais entendu parler d'éthique — et encore moins d'éthique appliquée aux soins —, à ceux qui supposent ce concept très éloigné de leurs préoccupations, qui pensent ne pas être concernés par ces questions, ce livre va ouvrir des horizons inattendus. Ils vont y découvrir que l'éthique touche leurs préoccupations les plus intimes, s'intéresse à leurs souffrances les plus secrètes et que les interrogations qu'elle soulève sont les leurs. Bien que les propos de ces entretiens concernent la confrontation à la maladie, les altérations physiques ou psychiques, les excès de souffrance, la relégation des plus démunis et parfois la mort de l'autre, c'est de rencontre dont il est essentiellement question ici. De la part la plus sensible, pour ne pas dire la plus vive, de ce qui se joue entre les êtres humains. Aussi, loin de la froideur et de la dureté parfois projetées sur l'univers du soin, et plus particulièrement sur l'univers hospitalier, c'est d'humanité dont ces pages sont pleines. Lorsque Emmanuel Hirsch aborde les questions d'éthique les plus délicates, les plus difficiles à énoncer, il y met une telle implication qu'il devient impossible de détourner l'attention, de ne pas le suivre, y compris dans les zones les plus sensibles de ce que nous avons à formuler sur des questions touchant à la vie et à la mort. Grâce à une implication au cœur des pratiques soignantes, Emmanuel Hirsch a développé une conception de l'éthique qui ne se contente pas d'une approche conceptuelle. Tout son parcours l'a immergé au plus près de réalités concrètes. C'est celui-ci, jalonné de rencontres et d'expériences vécues dans la proximité de l'autre, qu'il restitue ici.»

<http://www.espace-ethique.org/fr/livres.php>

désaliénation, du maintien d'un équilibre systémique ou de la libération d'un discours de sens. Est rétabli, qui est autonome. Il ne s'agit plus de trouver un sens aux symptômes, il s'agit plutôt de les gérer afin d'assumer ses rôles sociaux. Ici, l'honnête homme est mué en individu performant dans

les limites de ses possibilités. Par ailleurs, l'individu a le devoir de progresser afin de repousser ses limites. Les récentes avancées de la notion de *rétablissement*, en Amérique du Nord, s'inscrivent dans cette tendance dominante. C'est donc en relation à la norme d'autonomie que s'établira la

définition de la santé mentale. Pourtant, on ne peut que faire le constat d'une inadéquation entre ce que prônent les approches et leurs résultats quotidiens. La déviance échappe aux socialisations et l'autonomie qu'elle s'autorise ne correspond pas aux définitions officielles.

## L'individualisation structurelle de la pratique

Il existe une tendance dominante à individualiser les problèmes. L'individu, «au centre de l'intervention» n'est bien sûr défini nul part dans sa spécificité. Il s'agit plutôt d'un individu générique, dans le sens juridique du terme. L'identité structurelle prime sur l'identité individuelle. En posant l'individu comme primat, il y a paradoxalement un effet de dépersonnalisation. Il s'agira en fait de planifier un processus d'intervention qui devient de plus en plus mécanique, dont l'objectif sera de changer l'individu afin qu'il se rapproche le plus possible de la définition fonctionnelle que l'on fait d'un individu en santé : un individu autonome et par là même, responsable. Certaines pratiques, de plus en plus courantes utilisent concrètement un contrat, ceci pour souligner bien sûr l'égalité des parties, norme démocratique par excellence. Il s'agit donc de ce que l'on peut appeler un «consentement obligatoire». Consentement des termes de l'aide offerte mais aussi consentement à ce que l'information circule. Ici, on ne peut échapper au doute quant à la cueillette incessante d'informations sur les individus. Cette collecte de données permet en fait aux divers intervenants impliqués d'avoir accès à des informations dont les objectifs ne sont pas simplement cliniques mais bien gestionnaires. Ces informations sont colligées afin d'établir des programmes mais servent aussi d'indicateurs de per-

formance qui permettent d'établir des comparaisons entre les établissements. La tâche des intervenants se trouve donc de plus en plus liée aux commandes de gestion sociale. Ceux-ci, au nom de leur organisme vont donc obtenir l'autorisation du client afin de colliger des informations le concernant. L'intervention sera ici compromise si le client refuse de donner cette information. Le client n'a donc accès aux services qu'à la condition de livrer les informations le concernant. Cette procédure se trouve à la source d'une souffrance éthique de plus en plus exprimée chez les intervenants. Nous sommes, comme on le voit encore ici, dans une logique de contrat, s'inscrivant tout à fait dans l'émergence des nouvelles logiques d'action du système de soin, qui met en tension le consentement versus le refus préservant ainsi la liberté individuelle et le désengagement de l'État. L'État, en effet, ne se porte plus responsable des choix effectués en toute liberté.

Paradoxalement, l'autonomie professionnelle se perd et s'évacue avec elle toute la question du sens. Le progrès scientifique donne l'illusion de repousser les limites de la connaissance mais le discours de l'intervention s'interroge désormais sur le «comment» et jamais sur le «pourquoi». Ce qui compte sont les interventions orientées vers le changement individuel, les problèmes étant associés uniquement à une adaptation au système qui ferait défaut.

*Cette collecte de données permet en fait aux divers intervenants impliqués d'avoir accès à des informations dont les objectifs ne sont pas simplement cliniques mais bien gestionnaires.*



## L'intervention comme procédure

Tout plan d'action dans le domaine de l'intervention suppose une intention générale, celle d'apporter une solution à un problème précis. Nous sommes dans le domaine de l'établissement des objectifs à atteindre et de la planification de l'action en vue d'atteindre ces objectifs. Déjà, la façon de découper le réel dépend de certains facteurs. Elle se présente comme une évidence mais l'est-elle? Qu'est-ce qui me permet de penser que tel aspect mérite d'être travaillé plutôt que tel autre? On peut se demander selon quel principe tel comportement est-il défini comme un problème? Conséquemment, d'après quels critères mesure-t-

on le succès d'une intervention? Le plan d'intervention relève d'une certaine conception du social. Cette conception donne lieu à des approches et d'après celles-ci, seront choisies les cibles de l'intervention. Or ce choix, s'il en est un, est de plus en plus tributaire des ressources existantes. Les cibles de l'intervention seront les éléments sur lesquels portera l'intervention en raison de l'existence de programmes. C'est pourquoi, il est permis de se demander si le praticien se trouve devant un choix réel. En effet, le découpage des problèmes sociaux s'appuie sur des études statistiques qui donnent lieu à l'établissement de

politiques sociales elles-mêmes éphémères, dont l'existence dépend de facteurs politiques.

Un argument de taille vient certes freiner tous ces questionnements. Comment pouvons-nous nous tourner du côté de la réflexion éthique alors même qu'il faut agir? Sida, violence, toxicomanie, maladies mentales, nous nageons littéralement dans les problèmes! La modernité contemporaine est empreinte de ce sentiment d'urgence qui vient légitimer ses agissements. Urgence de la raison contre la déraison, de la modernité contre la barbarie, contre la finitude enfin. L'imaginaire de l'Occident possède sa propre représentation de la

Modernité : il s'agit d'une société sans pathologie, une société en santé. C'est d'après ce mythe de la santéisation que le praticien devra pédagogiser le mieux-être. Comment mettre en question cette noble tâche? Évidemment nous n'échappons pas à une certaine ambiguïté, partagés entre notre désir de vaincre la souffrance par un univers technique rassurant sur notre compétence et ce malaise qui s'obstine à questionner la symbolique de cette tâche. La santéisation et ses institutions

désinstitutionnalisées poursuivent le mythe de l'intégration sociale. Le malaise trouve encore son fondement dans ce conflit plus largement culturel entre le normal et le pathologique.

Pourtant, l'intervenant en santé mentale se penche chaque jour sur cet espace flou difficilement formalisable car empreint d'aléatoire et de non-rationnel. Apparaît donc le visage de l'autre, complexe, multiple, imprévisible. Si le rôle du soignant se limite parfois à contenir l'angoisse, la colère,

la peur de mourir de l'autre, il se heurte à sa propre impuissance, à sa propre peur. Réceptacle de la souffrance des autres et agent du devoir-être, le soignant est porteur de ce conflit fondamental de nos sociétés. La question est donc de savoir si l'intervention en santé mentale ne s'inscrit que dans cette optique qui soumet l'autre à une procédure, ne tenant nullement compte de son individualité mais uniquement de la conception sociale de ce que devrait être un individu fonctionnel.

## L'intervention comme expérience sociale d'un rapport à l'Autre

La perspective que j'adopte, soit celle de l'intervention en tant qu'expérience sociale, est de celles qui posent le pari d'une impossibilité logique à tenir un tel discours au cœur de la pratique. C'est en se plaçant du point de vue de l'action même de l'intervenant que l'on constate les limites de ce discours. La relation clinique est une relation intersubjective et symbolique entre des individus qui sont également dotés de statuts et de rôles sociaux. Cette relation s'inscrit bien sûr dans des cadres organisationnels et professionnels qui doivent être considérés comme éléments de construction de l'intervention mais elle n'en est pas réductible. De ce point de vue, il est loin d'être sûr que les approches, qu'elles relèvent des théories du comportement humain ou des politiques sociales, dans leur caractère obligatoirement « contraignant » sur l'individu, gagnent complètement la mise. Dans l'expérience, les approches sont souvent éprouvées comme étant insuffisantes devant la complexité des problèmes rencontrés quotidiennement. C'est dans la pratique qu'il est le plus souvent possible de remettre en

question sa propre conception de l'intervention. Les intervenants de la santé mentale interviennent sur des problèmes sociaux vécus par des individus, des familles, des communautés. Ils apparaissent dans la « question sociale », astreints à une certaine obédience structurelle et pourtant, ils deviennent à l'occasion, objecteurs des décisions. Pensons au courant de l'anti-psychiatrie qui donna lieu aux alternatives en santé mentale. Ils évoluent à travers les formes sociales, à la fois observateurs et acteurs des transformations. Travaillant dans l'espace microsocial, ils seront les premiers témoins des changements culturels qu'ils observent dans la famille, dans les couples et dans l'intériorité des individus. Ici, peut-être faut-il distinguer les interventions définies par le code des professions, des praticiens eux-mêmes. Il est bien entendu que nous nous situons à partir de l'action des praticiens. Outre les distinctions qui font des uns ceux qui prescrivent, des autres ceux qui s'occupent de placement ou encore ceux qui font les injections, ceux qui interviennent dans le communautaire, ceux qui conduisent les tests, etc, de

larges pans de l'existence des sujets constituent les zones grises des interventions. C'est peut-être dans ces eaux troubles qu'avec leurs sensibilités respectives, les intervenants se rejoignent le mieux. C'est en effet dans une intervention vécue comme expérience sociale et non strictement structurelle et professionnelle qu'émerge une éthique de la diversité. Certaines équipes de santé mentale réussissent à faire l'équilibre entre des commandes structurelles et l'établissement de liens respectueux entre les membres avec les organismes et avec les patients.

Cette perspective implique que l'intervenant s'interroge sur sa pratique, non seulement du point de vue des techniques mais surtout sur ce que traduisent ces techniques, d'une certaine conception de l'autre et de la place qu'il occupe face à cet autre.

De là également, la nécessité de questionner l'éthique de l'intervention pour ne pas se voir confiné dans l'action commandée. En prenant pour objet sa propre conscience, le praticien prend le risque de sortir de lui-même et des rôles qui le définissent. C'est en quelque sorte en remettant en

*C'est en quelque sorte en remettant en question l'intervention dans les termes du discours institué que l'intervenant, accède à la position fragile et instable d'une véritable éthique.*



question l'intervention dans les termes du discours institué que l'intervenant, accède à la position fragile et instable d'une véritable éthique. La mise à distance face aux catégories langagières de l'intervention comme discours dominant, qui deviennent progressivement des lieux communs tenus comme des évidences devient indispensable. L'éthique devrait être envisagée comme le contraire de l'absolu. C'est à partir du moment où elle s'institue comme forme indépassable qu'il est nécessaire de la remettre en question car c'est en vertu de ses préceptes que se dresse une ligne de départage entre l'observateur, du côté du bon droit, et l'observé, aidé, secouru, démuni,

sans pouvoir. Aussi, l'éthique s'inscrit dans un contexte socio-historique : en effet, ce qui était vrai hier ne l'est plus forcément aujourd'hui. C'était hier un comportement inadmissible que de refuser d'être pris en main par la religion. Aujourd'hui, ce qui fait problème est que je ne me prenne pas en main moi-même.

L'éthique, heureusement, est condamnée à se dépasser. Au fondement du devoir-être, elle devrait aussi être associée à la mobilité de la vie sociale. L'éthique met donc en tension la stabilité et le changement. En effet, sans stabilité, il n'y a plus de référence au devoir, de même que sans changement, la distance entre le vouloir-vivre et les formes

morales s'élargit et il n'existe plus d'éthique non plus. Dans cet esprit, Bergson<sup>3</sup> parle d'une morale close et d'une morale ouverte où ce qui est aspiration tend à se consolider dans une forme qui contraint alors même que l'aspiration à autre chose rend la forme élastique. L'intervenant a donc affaire, c'est d'ailleurs là tout son drame, à l'incessante oscillation entre les normes morales et le processus de vie. L'intervenant a intérêt à participer au débat scientifique autour de ces questions qui en définitive, disions-nous, posent le problème de l'éthique des rapports sociaux en général.

De là, également, la nécessité de questionner l'univers théorique. Toute théorie est une

représentation, c'est à dire que toute théorie représente le réel et de par cette représentation, elle construit le réel. L'intérêt de l'étude des théories sera de les saisir comme des construits sociaux qui à leur tour, sont des éléments de construction de l'individu et de la société. Il faut donc se résoudre à reconnaître que les théories sont autant de logiques de production des individus. Ces configurations s'effectuent d'après des perspectives qui relèvent soit de données probantes favorisées par le néopositivisme, soit de l'univers symbolique ou encore d'un projet de transformation sociale. Ces années-ci, la tendance sera de programmer des langages plus proches de la gestion que des théories majeures du comportement humain. Ennemies des concepts, ces approches s'appuient sur la cueillette d'information et les données probantes.

Je favorise une ouverture sur les voies de la recherche et du développement de la spécificité de la clinique en santé mentale. La clinique est ici considérée dans son sens large. Il s'agit en fait de cet espace entre le praticien et le sujet, espace de construction théorique qui est aussi espace d'un rapport à l'autre. En effet, la connaissance doit être considérée comme un phénomène social; elle implique toujours un rapport à l'autre. Comme société, nous avons fait le pari de l'autonomie. Or, cette autonomisation ne doit pas conduire à ce que l'approche en réseau traduit trop souvent; un dumping qui fait passer le patient de l'hôpital à la prison, à un centre pour sans-abri quand ce n'est pas la rue. Et si le sujet se trouvait plus souvent qu'à son tour entre le besoin des autres et l'autonomie? Entre le besoin d'être pris en compte et l'indépendance? Dans ce contexte, des analyses fines pourraient être dégagées pour observer les stratégies des individus face au quotidien tout en prenant en compte l'une des

données majeures qui ressort de l'expérience : les conduites sont imprévisibles. Partant de là, il est nécessaire de reconsidérer les prétentions que les approches conventionnelles peuvent avoir et reconnaître humblement qu'il y aura toujours une part de non-savoir sur l'Autre. c'est là, l'une des plus grandes constatations que l'on peut tirer de l'expérience.

Les pratiques en santé mentale représentent pour une grande part, un exercice de relation entre soignant et soigné. Ce qui n'est pas consigné au dossier sont les aspects qui relèvent de l'univers des significations. Les questionnaires d'évaluation et la scrupuleuse étude des dossiers sont impuissants à révéler ce domaine et pourtant ces éléments apparaissent inévitablement quoique informellement, parfois inconsciemment et très souvent tout à fait consciemment dans l'imaginaire des intervenants. Ces éléments construisent la pratique de façon au moins aussi forte que ceux recueillis en tant que données probantes.

L'espace clinique est un espace d'humanité. Ce qui caractérise cette posture concerne la régénération du lien social entre deux sujets qui cherchent. L'introduction toujours plus affirmée de l'individu dans toutes les sphères de la vie sociale est au fondement de cette transformation de la connaissance. La posture compréhensive s'insinue en mineur bien sûr, mais elle ouvre la voie au renouvellement de la recherche et de l'intervention. La relation clinique étant une relation sociale, il n'est pas question ici de la réduire à des dimensions strictement psychologisantes. Or la relation clinique ne peut non plus se réduire à une logique rationnelle du social. La clinique est aussi un lieu de construction du lien social, un acte culturel. Cette perspective se différencie d'une lecture selon laquelle l'évolution sociale ne se baserait que sur des rapports politico-économiques.

C'est dans la pratique qu'il est possible –voire incontournable– de considérer l'individu comme étant inscrit dans ce social non seulement à partir de ses rôles et de sa position objective mais bien en tant que sujet de son histoire. L'intervenant a affaire à des cas, terme pris dans son sens clinique qui définit la spécificité de l'individu. Le sujet n'est pas que déterminé par les structures, il n'est pas que le produit du devoir-être. L'individu n'est pas que psychologique. L'individu est en lien avec le social. Ce lien tient de l'ontologie et est indéfectible. Par ailleurs, la modernité contemporaine met l'intervenant en face d'un sujet qui possède de plus en plus une conception élaborée de ce qui lui arrive. C'est avec cette transition qu'il faut à présent compter. Les destinées individuelles sont peut-être en partie configurées à partir de rapports sociaux «objectifs» qui contraignent mais il existe de larges espaces d'interactions qui n'ont pas fait l'objet de beaucoup de préoccupations dans la recherche et qui pourraient tout à fait être pris en compte dans la réflexion sur le renouvellement des pratiques.

Dans le contexte de la réciprocité humaine, les deux parties sont tout à fait capables de maîtriser les codes communicationnels qui permettent d'agir sur le comportement d'autrui. Pour cela, il faut être apte à se représenter les représentations de l'autre. L'objet de nos investigations réagit aux propos tenus sur lui. Il réagit à nous comme observateurs. Mais outre cela, l'autre possède aussi sa propre idée sur sa situation et il est à proprement parler impossible de mettre de côté cette idée. Nous ne pouvons pas éliminer la partie volontaire de l'autre.

L'une des questions fondamentales posées par l'apparition de l'individu comme sujet de son histoire est inséparable de la question du rapport à l'autre. Il se trouve que plus l'individu tend à s'individualiser, plus il est capable d'entrer en relation.

# La nécessité d'une éthique du rapport à l'autre

La technicisation de l'intervention vient en grande partie du fait que l'on a tendance à confondre le social à ses structures. C'est oublier l'aspect sociosymbolique de l'intervention et que «l'autre scène» comme le dit Enriquez<sup>4</sup> est aussi opérante que celle du manifeste, objet de l'investigation et de l'intervention classiques.

Le sens de l'intervention s'enracine dans le quotidien le plus concret et demeure très peu formalisable, il est vrai. Il convient d'en rendre compte pourtant, en abaissant le bouclier de la neutralité. Le praticien de la santé mentale est un observateur privilégié des transformations des liens sociaux.

Or, la question à se poser est : comment l'observateur construit l'autre et ce faisant, comment se construit-il lui-même, lui qui n'échappe pas aux à priori sociaux. Autrement dit, la clinique peut-elle dépasser l'illusion gestionnaire? L'intervention est un projet. Mais justement, de quel projet s'agit-il? Pourquoi intervenir? Cette question n'est pas une affirmation pour dire : cessons d'intervenir. Cette question ramène l'intervenant à lui-même. Pourquoi j'interviens? Pour qui? Quand j'interviens, de quoi je parle et comment j'en parle, voilà des questions fondamentales puisque dire est déjà un acte.

Dans ce contexte, il est peut-être utile ici de déconstruire l'idée d'une objectivité sans failles. Il se trouve que le praticien et son objet, contrairement à d'autres domaines, sont de même nature, ce qui, il faut bien le dire, complique les choses dans l'explication des comportements. Il existe bel et bien différentes façons de voir, ce qui nous porte à penser que tout est dans la manière de voir, justement.

L'objectivité est-elle possible? La recherche et la sélection des faits ne sont pas objectives. Les faits en eux-mêmes ne sont pas

objectifs et même s'il s'agit d'une information dure, les faits donnent lieu à un ensemble de croyances auxquelles n'échappe pas l'observateur. Le concept d'objectivité est un concept fragile. Et pourtant, je pense que nous devons tendre vers une certaine objectivité. Le rôle du praticien n'est pas simplement de faire valoir sa subjectivité ni en se prétendant neutre, se contenter de déclamer sa théorie de prédilection. Reconnaître sa subjectivité n'est pas tout; il faut s'en distancier pour les fins de l'analyse. Par ailleurs, puisqu'il est logiquement impossible d'éliminer la subjectivité inhérente à toute observation de l'humain, il faut donc introduire notre propre sensibilité comme une composante incontournable de la connaissance. Intervenir est un mouvement d'alternance entre objectivité et subjectivité, entre distance et proximité. C'est pourquoi, l'étude du comportement humain est d'abord un travail sur soi. Ce travail sur soi-même comme observateur est à la base de l'éthique et de l'esthétique du rapport à l'autre.

En fait, on doit peut-être reconnaître à l'intervenant, à la fois son rôle de pédagogisation d'un social structurel et son rôle d'acteur symbolique dans la construction du lien social. L'intervenant est à la fois témoin et acteur de changements quotidiens autant sur les plans structurel et symbolique. La connaissance de la relativité de notre regard, outre le fait de court-circuiter douloureusement peut-être, le fantasme d'emprise sur l'objet, ouvre la voie à d'autres formes de connaissance fondées cette fois sur la réciprocité. L'intervention est un processus de production du devoir-être mais elle est aussi régénérateur du lien social. Dans ce contexte, trop souvent qualifié de secondaire en regard des données probantes, les intervenants sont des passeurs qui contribuent à la

construction de nouvelles «reliances». C'est à travers l'analyse de l'intervention en santé mentale conçue comme expérience sociale d'un rapport à l'autre que cette question ressort avec le plus d'acuité. 🖐

- 1 Rogers, Carl, *Le développement de la personne*, Paris, inter-éditions, 2005.
- 2 Ehrenberg, Alain, *La plainte sans fin, réflexions sur le couple souffrance psychique/santé mentale*, Cahiers de recherche sociologique, Département de sociologie, UQAM, 2005.
- 3 Bergson, Henri. *Les Deux Sources de la morale et de la religion*, 1932.
- 4 Enriquez, E., Houle, G. Rhéaume, J, Sévigny, R (sous la direction de), *L'analyse clinique dans les sciences humaines*, Montréal, Éditions Saint-Martin, 1993.

## RÉFÉRENCES

- Couturier, Yves, Carrier, Sébastien, *Pratiques fondées sur les données probantes en travail social : un débat émergent*, Nouvelles Pratiques sociales, vol 16, no 2, PUQ, Montréal, 2005.
- Cyrułnik, Boris, *Le jeu des comédiens*, Actes du colloque Art, jeu et cerveau Mouans-Sartoux, septembre 1995.
- De Gaulejac, Vincent, *Sociologies cliniques*, éd Marseille, col. Homme et perspectives, 1993.
- Devereux, George, *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*, Paris, Flammarion, 1980.
- Doucet, Marie-Chantal, *Solititudes et sociétés contemporaines, une sociologie clinique de l'individu et du rapport à l'autre*, PUQ, 2007.
- Dubé, François, *Sociologie de l'expérience*, Paris, Seuil, 1994.
- Dubé, François, *Le déclin de l'institution*, Paris, Seuil, 1997.
- Ehrenberg, Alain, *La plainte sans fin, réflexions sur le couple souffrance psychique/santé mentale*, Nouveaux malaises dans la civilisation, Cahiers de recherche sociologique, Département de sociologie, UQAM, 2005.
- Enriquez, E., Houle, G. Rhéaume, J, Sévigny, R (sous la direction de), *L'analyse clinique dans les sciences humaines*, Montréal, Éd. Saint-Martin, 1993.
- Enriquez, Eugène, *L'analyse clinique dans les sciences humaines*, L'analyse cliniques dans les sciences humaines, sous la direction de Eugène Enriquez, Gilles Houle, Jacques Rhéaume, Robert Sévigny, Éd. Saint-Martin, 1993.
- Rhéaume, Jacques, Sévigny, Robert, *Sociologie implicite des intervenants en santé mentale*, T. II de la croissance à la guérison, Éd. Saint-Martin, 1988.
- Rogers, Carl, *Le développement de la personne*, Paris inter-éditions, 2005.
- Simmel, Georg, *Sociologie, Études sur les formes de socialisation*, PUF, Sociologies, 1992.

# 1 + 1 + 1 = 4 !

OFFRE D'UNE DURÉE LIMITÉE !

## ACHETEZ 3 EXEMPLAIRES DU MAGAZINE ÉQUILIBRE ET OBTENEZ LE 4<sup>e</sup> GRATUITEMENT !



### Pharmacologie et santé mentale

VOLUME 1, NO 1

Assiste-t-on à une certaine banalisation du recours aux médicaments psychotropes dans la gestion des conduites, des émotions, des façons « d'être au monde » au sein des sociétés occidentales contemporaines ? Quelle perception ont les usagers des pratiques entourant la prescription des médicaments ? Quelles sont les pratiques les plus aidantes de leur point de vue ?

### La fatigue d'Être intervenant

VOLUME 1, NO 2

#### Le risque de prendre soin des autres

L'altruisme, le désir d'aider, le besoin de se rendre utile, d'apporter du réconfort aux autres sont les motivations de départ qui amènent les intervenants à s'engager dans ce métier sensé faire le bien. Mais la réalité actuelle ne fournit pas les moyens d'exercer son métier convenablement dans le respect des personnes. Cette insatisfaction et cette perte de sens du travail d'intervention sont accentuées par la solitude dans laquelle nous nous replions. Quelles solutions mettre en place pour se prémunir personnellement et collectivement contre ce malaise qui atteint notre moral et nos vies ?

### Conciliation famille-travail

VOLUME 1, NO 3

Les efforts pour harmoniser travail et famille sont souvent entravés par de nombreux obstacles organisationnels. En effet, le monde du travail, productivité oblige, a changé et est de plus en plus exigeant. On ne peut que constater, compte tenu de la dimension profondément sociale, structurelle et systémique de la relation famille-travail, que des solutions individuelle ne sont pas suffisantes. Une approche globale et collective est nécessaire. Que ce soit l'individu lui-même, la communauté, les gouvernements ou les entreprises, tous ont un rôle à jouer pour permettre à chacun de maintenir un équilibre entre sa vie personnelle et professionnelle.



## Relations interculturelles

VOLUME 2, NO 1

La reconnaissance de la spécificité de l'intervention en santé mentale auprès des personnes immigrantes est nécessaire afin d'atténuer les difficultés d'intégration et de favoriser l'épanouissement de chacun. Or, l'adaptation de nos pratiques passe d'abord par des interventions interculturelles adéquates, qui nécessitent une meilleure compréhension des déterminants de la santé des immigrants et l'établissement d'une communication interculturelle respectueuse et ouverte.

## équilibre

Travailler  
au bien commun



## Travailler au bien commun

VOLUME 2, NUMÉRO 2

Ce numéro propose de partager ce qui nourrit le feu, la flamme, la motivation, de ceux et celles qui portent des projets d'entraide et de construction du monde. L'engagement ne semble-t-il pas favoriser une bonne santé mentale, puisque par lui, chacun peut trouver la cohérence entre sa vie intérieure et sa vie en société?

## équilibre

# Les émotions

## Les émotions

VOLUME 3, NUMÉRO 1

Faut-il dominer nos émotions, les apprivoiser, s'en distancier? Si le débat n'est guère nouveau, il est toujours aussi d'actualité. Objet d'investigations multiple, aussi bien par le champ scientifique que psychologique, on tente de percer le mystère de cette forme d'intelligence que l'on qualifie «d'émotionnelle». Si l'émotion n'est pas un accident ou un désordre, serait-elle plutôt une façon d'entrer en rapport avec les choses et les autres?

# LE CARREFOUR COMMUNAUTAIRE-INSTITUTIONNEL : UN MODÈLE EFFICACE DE RAPPROCHEMENT DES RÉSEAUX



D<sup>r</sup> Pierre Léouffre  
pour le CCI

En 1998, l'ACSM-Montréal a pris l'initiative d'un projet qui favoriserait le rapprochement des réseaux communautaire et institutionnel en santé mentale. Le Plan d'action en santé mentale n'existait pas encore. On parlait plutôt, à l'époque, de virage ambulatoire, de faire de la communauté le principal lieu d'intervention et d'accroître la collaboration entre le communautaire et l'institutionnel, au profit des personnes ayant des problèmes de santé mentale. Ce projet est à l'origine de ce qui allait devenir le Carrefour Communautaire-Institutionnel, le CCI.

Le CCI n'est pas une table de concertation. Il ne vise pas des ententes de services entre les organismes et les établissements. Ce n'est pas non plus un lieu de formation. Avec ce projet, l'ACSM-Montréal voulait plutôt miser sur le rapprochement des intervenants de base des deux réseaux.

Les intervenants qui ont participé à la première phase de ce projet, de 1999 à 2003, ont eu l'occasion de vivre une expérience dans le sens où ils ont vécu quelque chose ensemble, mais où ils ont aussi expérimenté quelque chose ensemble. Ils en ont tiré des enseignements assez

riches pour croire que cette expérience pourrait servir de modèle à d'autres intervenants qui voudraient recentrer leurs services sur les besoins des usagers.

Le CCI sera donc successivement présenté ici comme un projet, une expérience et un modèle.



À l'issue de cette consultation, l'ACSM-Montréal a décidé de former un groupe constitué, à parts égales, d'intervenants-terrain des réseaux communautaire et institutionnel.

## Le projet initial

Avant la mise en route du projet, initialement appelé « Rapprochement Communautaire-Institutionnel », l'Association a consulté un comité composé de personnes provenant des hôpitaux, des CLSC et des regroupements d'organismes communautaires. À l'issue de cette consultation, elle a décidé de former un groupe constitué, à parts égales, d'intervenants-terrain des réseaux communautaire et institutionnel. Ce groupe devait être représentatif des différentes sous-égions et de la diversité des approches à l'intérieur même de ces deux réseaux. L'ACSM-Montréal serait responsable de l'accueil, de l'animation et de l'organisation des rencontres qui eurent lieu au Centre Saint-

Pierre puis, à la Régie régionale de la santé et des services sociaux, avant qu'elle ne devienne l'Agence de santé et de services sociaux.

Il y eut de cinq à six rencontres annuelles d'une durée de trois heures et, de ce fait, l'accord des gestionnaires était un prérequis indispensable à la démarche, compte tenu du temps qui devait être accordé aux intervenants. Un groupe d'une vingtaine d'intervenants a finalement pu être constitué.

L'Association avait choisi de débiter les rencontres sous la forme de conférences sur des thèmes concrets, tels que la médication et le suivi dans la communauté, afin de susciter l'intérêt des intervenants-terrain et de briser la glace.

## L'expérience du CCI

### L'appropriation

Les débuts ne furent pas faciles et cela n'est pas étonnant connaissant les antagonismes historiques entre les deux réseaux. D'emblée, les participants rejetèrent le terme de « rapprochement », lui préférant celui de « carrefour » qui définissait mieux, à leur avis, un point de rencontre entre deux réseaux. Les participants refusaient ainsi tout mariage forcé, mais ils se sont montrés intéressés par la démarche.

D'autre part, les participants se sont vite rendu compte que l'expérience risquerait d'être compromise si l'un des leurs se faisait le porte-parole d'un milieu, d'une institution ou d'un groupe.

C'est ainsi qu'à la fin de la première année, les participants

avaient rebaptisé le groupe en « Carrefour Communautaire-Institutionnel » et établi entre eux des règles de fonctionnement telles que :

- chaque participant s'engage à titre personnel
- la démarche ne vise pas à exacerber les rivalités de budget, de territoires ou de compétences.

Voici comment une participante a résumé le climat des rencontres, malgré un début laborieux : « *Ce qui a été le plus marquant pour moi, c'est le respect des personnes, quelle que soit leur provenance. Il n'y avait pas d'esprit corporatif.* »

## La découverte de l'Autre

La deuxième année, des usagers se sont joints au groupe qui avait alors acquis suffisamment de maturité pour les accueillir. Cette année-là, les membres du CCI voulurent mieux se connaître.

Ayant constaté qu'il existe une extrême diversité dans les façons de répondre aux besoins des usagers et que chacune d'entre elles a ses limites; ils décidèrent de présenter tour à tour l'organisme pour lequel ils travaillaient et d'en discuter en détail.

De ces échanges un participant a rapporté que : *«Le CCI est une occasion de partager nos expériences en vue de mieux nous adapter, de grandir ensemble et de nous rapprocher davantage dans un service pour les autres.»*

Une autre participante a ajouté : *«Depuis deux ans, j'ai l'impression de faire partie d'un très grand réseau d'aidants et je ne travaille plus en solitaire, mais solidaire des intervenants du communautaire.»*

*«Depuis deux ans, j'ai l'impression de faire partie d'un très grand réseau d'aidants et je ne travaille plus en solitaire, mais solidaire des intervenants du communautaire.»*



## Le sentiment d'appartenance

L'objectif défini par le CCI pour la troisième année fut de produire un document d'information visant à clarifier les différents termes utilisés en santé mentale afin de favoriser les collaborations entre les intervenants et la compréhension des usagers. Il est important de noter que le groupe manifestait alors le désir de réaliser un projet commun tout en ayant la possibilité de redéfinir, au fur et à mesure, les objectifs de la démarche.

Le CCI décida de clarifier la terminologie employée à propos de quatre sujets :

- la dénomination de la clientèle
- le diagnostic
- le suivi dans la communauté
- l'alliance thérapeutique

Les participants ne sont pas parvenus à faire cette clarification et à créer une terminologie commune, mais cette tentative a été un point

tournant de la démarche. Un remue-méninges sur la dénomination de la clientèle leur a tout d'abord permis de découvrir qu'il existait une quantité insoupçonnée de termes utilisés à ce sujet, mais surtout que le même terme pouvait avoir, selon les milieux, des connotations différentes et parfois même diamétralement opposées. Il est rapidement devenu évident qu'il faudrait comprendre, non seulement ce qu'une personne voulait dire en employant

# Suggestion de lecture



## Le Carrefour Communautaire-Institutionnel : Un modèle efficace de rapprochement des réseaux

La communauté est devenue le principal lieu d'intervention pour la personne ayant des problèmes de santé mentale. Par conséquent, les réseaux communautaire et institutionnel ne peuvent plus travailler isolés l'un de l'autre et doivent apprendre à collaborer afin d'offrir aux personnes en difficulté un soutien adéquat.

Dans ce contexte, l'ACSM-Montréal a pris, en 1998, l'initiative d'un projet qui favorise le maillage et la collaboration entre les intervenants des deux réseaux dans le secteur de la santé mentale, les usagers et leurs proches, afin de les aider à construire un réseau de services en santé mentale adapté aux besoins de la communauté. C'est en tissant des liens, en apprenant à mieux se connaître et en se racontant leur quotidien d'intervenant et d'usager en santé mentale qu'ils ont atteint leur objectif de rapprochement et de partenariat.

Le *Carrefour Communautaire-Institutionnel : Un modèle efficace de rapprochement des réseaux* est une formule transposable qui s'adresse aux intervenants et aux gestionnaires partisans d'un changement durable des pratiques en santé mentale. Ce document propose un modèle inspirant et réalisable de rapprochement des réseaux et de construction de liens significatifs entre intervenants.

Le CCI est un modèle qui peut être facilement adapté à l'échelle d'un CSSS. Il permet :

- Le développement de liens étroits entre les divers programmes d'un CSSS et les différents établissements du réseau;
- L'apprentissage et la mise en œuvre d'un fonctionnement interdisciplinaire;
- La concertation et la reconnaissance mutuelle entre les réseaux institutionnel et communautaire;
- Le développement de mécanismes de coordination et de liaison avec les partenaires du milieu pour assurer une continuité de services.

Le CSSS Jeanne-Mance a, par ailleurs, déjà mis en place un CCI depuis octobre 2006.

un terme donné, mais encore ce qu'elle ne voulait pas dire.

Une participante a parfaitement exprimé comment cet exercice a abouti à un déblocage et fait tomber les préjugés : «...essayer de créer un langage commun à l'institutionnel et au communautaire est utopique. De là l'importance de ne pas juger le langage de l'autre, mais d'essayer de mieux le comprendre.»

Les différentes représentations de l'utilisateur, terme choisi

par les participants pour sa neutralité administrative, sont alors devenues complémentaires et non plus concurrentielles, de sorte que les besoins des usagers se sont réellement retrouvés au cœur de la démarche.

L'essentiel des objectifs de rapprochement avait alors été atteint. Aussi, il n'est pas nécessaire de relater ici les échanges qui ont eu lieu par la suite, quoiqu'ils aient été très riches du point de vue clinique et thérapeutique.

## Les retombées du CCI

Le lecteur intéressé pourra retrouver ces échanges dans le guide « Le Carrefour Communautaire-Institutionnel : un modèle efficace de rapprochement des réseaux » publié par l'ACSM-Montréal et dans lequel, les participants ont fait un compte-rendu détaillé de l'ensemble de la démarche, incluant une analyse des caractéristiques et de la portée du CCI.

Une autre des retombées concrètes du CCI a été d'aider les participants à jouer un rôle d'agents multiplicateurs ou d'agents de changement à l'intérieur de leur propre organisation.

Le CCI a également produit un dépliant à l'intention des usagers, les invitant à définir leurs besoins,

à identifier les ressources disponibles et à construire leur réseau de services en santé mentale, en facilitant la communication entre leurs intervenants, dans le respect de la confidentialité.

Le CCI a enfin travaillé à la diffusion du modèle décrit dans le guide. Un autre CCI a d'ailleurs vu le jour au CSSS Jeanne-Mance à la fin de l'année 2006 et un autre est à l'étude au CSSS Cœur-de-l'Île. Comme il s'agit d'une démarche structurée, documentée et flexible, elle est transposable à différentes échelles et situations; elle pourrait même servir à rapprocher des sous-éléments d'un même réseau, ayant des pratiques historiquement différentes.



## Le CCI comme modèle

Plusieurs ingrédients du modèle ont déjà été évoqués jusqu'ici. Parmi ceux-ci, il faut souligner l'importance de la qualité de l'animation et de l'organisation des rencontres. Il ne s'agit pas d'une démarche improvisée et si on veut qu'elle réussisse, il faut lui fournir une solide structure de base qui va permettre, par la suite, au groupe de progresser de manière souple et à son rythme.

Comme cela a été dit, les débuts furent difficiles et certaines attitudes trop défensives auraient pu saborder le projet. C'est à une véritable expérience interculturelle que les participants ont été confrontés. D'une part, les valeurs, l'histoire et les pratiques des divers réseaux sont très différentes. D'autre part, nous n'avons pas toujours conscience des fondements de notre propre culture de pratique et des influences auxquelles cette culture nous

soumet et même si nous en avons conscience, il n'est pas évident que nous puissions décrire clairement ces fondements et ces influences.

De la confrontation de ces deux cultures ont pu émerger les éléments d'une troisième, une culture de collaboration misant sur l'empathie, la transparence et le plaisir de travailler ensemble.

Afin que les préjugés tombent, il ne fallait pas que les participants soient limités à un rôle



*Une autre des retombées concrètes du CCI a été d'aider les participants à jouer un rôle d'agents multiplicateurs ou d'agents de changement à l'intérieur de leur propre organisation.*

ou investis d'une mission. C'est en ce sens qu'il était préférable qu'ils ne représentent qu'eux-mêmes et qu'ils ne soient pas tenus de produire une action ou un résultat prédéterminé. Il s'agit en effet d'un processus centré sur le lien plutôt que sur la tâche et le but du CCI n'est pas de partager des compétences, mais de partager sur les compétences. À ce titre, la présence d'usagers (auxquels il aurait été souhai-

table d'ajouter des personnes issues des groupes de familles et de proches) a constitué un élément clé de la démarche.

Il est évident qu'une expérience de partage comme le CCI exige beaucoup de temps durant les rencontres et entre les rencontres, afin que les participants puissent revoir leurs perceptions et leurs façons de faire. Il faut arriver à concevoir ce temps comme un investissement pour l'amélio-

ration à long terme de la qualité des services en santé mentale et pour cette raison, ce genre de démarche doit absolument recevoir l'appui des gestionnaires.

En conclusion, le CCI est un modèle de rapprochement des réseaux communautaires et institutionnels qui s'adresse aux intervenants, aux gestionnaires et aux usagers partisans d'un changement durable des pratiques en santé mentale. 🙌

LE PANEL DES USAGERS  
DE L'INSTITUT DOUGLAS  
ESPACE DE PAROLE  
**ESPACE D'HUMANITÉ**



**Michel Perreault**  
Psychologue-chercheur

**Marie-Thérèse  
Dufresne**  
Membre du panel

Les milieux qui offrent des services en santé mentale se doivent d'améliorer constamment leurs programmes et traitements afin de répondre aux besoins des usagers. Dans cette perspective, des évaluations sont menées soit dans le cadre des programmes d'évaluation de la qualité, d'évaluation administrative, de sondages de satisfaction ou encore de suivis face à des plaintes des usagers. Par ailleurs, le traitement des informations est rendu complexe par les règles de confidentialité et d'éthique et les chiffres qui sont diffusés ne reflètent pas toujours la réalité humaine des répondants. Dans ce contexte, comment créer un espace d'humanité convivial et respectueux qui permette l'émergence de solutions concrètes afin d'améliorer les services en santé mentale ?

*Le principe est simple : au lieu de consulter les gens sur une base ponctuelle, avec des focus groups ou des sondages et en limitant les contacts aux questions standardisées essentielles, il s'agissait tout simplement de recréer un milieu où l'on pourrait échanger librement avec notre clientèle, dans un contexte un peu plus convivial.*



# Michel Perreault



Je suis psychologue et je travaille depuis une vingtaine d'année à l'Institut Douglas. J'y fais de l'évaluation de programmes et j'essaie de documenter, avec les moyens reconnus, la perspective de ceux qui utilisent les services en santé mentale dans le but de les améliorer.

Il y a quatre ans, l'idée de mettre sur pied un panel des usagers dans notre Institut est née, faisant suite à un constat d'insatisfaction des études habituelles. J'ai pensé que l'on pourrait reproduire une approche que j'avais déjà observée lorsque je travaillais à Radio-Canada, soit un panel de l'auditoire. Le principe est simple : au lieu de consulter les gens sur une base ponctuelle, avec des *focus groups* ou des sondages et en limitant les contacts aux questions standardisées essentielles, il s'agissait tout simplement de recréer un milieu où l'on pourrait échanger librement avec notre clientèle, dans un contexte un peu plus convivial.

Nous avons donc formé le **Panel des usagers**, dont le mandat est le suivant :

- 1 formuler des avis sur les services ambulatoires offerts par l'Institut, en les destinant aux principales instances responsables d'assurer la prestation de ces services;
- 2 émettre des opinions en lien avec des questions soulevées par différents comités de l'Institut et par les chercheurs lorsqu'ils se penchent sur des questions relatives à l'évaluation et à l'amélioration de la qualité des services;
- 3 participer, le cas échéant, à l'évaluation des services en tant que «personnes ressources» afin d'orienter et de valider les démarches entreprises au niveau d'études ou de recherches évaluatives.

Le panel vise à documenter la perspective des usagers sur une base continue et dans un climat convivial, à guider les études de satisfaction, à rapprocher les décideurs des usagers et à effectuer le suivi des programmes spécifiques.

## La composition du panel

Constitué, depuis 2005, de treize usagers bénévoles des services ambulatoires (cliniques externes) de l'Institut Douglas, de la responsable administrative des cliniques, d'un représentant du *Comité qualité*, de l'ombudsman, d'un représentant du *Comité des bénéficiaires* et d'un chercheur, le panel des usagers est reconnu et légitimé par le *Comité des bénéficiaires* de l'Institut à titre de groupe consultatif, qui relève de

la direction de l'Institut (*Comité de gestion des risques du conseil d'administration*). Six points de services sont ainsi représentés. Plus précisément, le panel est composé de quatre hommes et neuf femmes adultes ayant une expérience récente d'utilisation des services ambulatoires. Ces personnes présentent une bonne capacité de s'exprimer et font preuve d'un bilinguisme fonctionnel.





## Marie-Thérèse Dufresne

Elle est membre du panel depuis le début et elle représente les usagers de la clinique communautaire Pointe-St-Charles.

### Le fonctionnement



Le panel se réunit quatre fois par an, tous les trois mois, dans un environnement social convivial qui convient à notre situation d'usagers actifs dans la communauté : le plus souvent le soir, dans le lieu où nous sommes habitués de recevoir les services (clinique externe), dans un cadre de type «groupe d'échange» où le transport est pris en charge et le repas fourni. L'Institut est responsable de nous faire parvenir l'information sur les services ou de faire en sorte que nous en prenions connaissance.

Avant chaque rencontre, d'une durée d'environ 2h30, nous nous réunissons dans la salle d'attente de la clinique de Verdun. Ceci est agréable et amical. Nous attendons le traiteur parce qu'un succulent lunch nous est offert au début de la rencontre. Non seulement un lunch, mais aussi vingt dollars pour notre participation, que j'accepte volontiers.

Le mandat d'un membre est d'une durée de deux ans, ce qui permet une continuité et une cohérence dans le travail; le recrutement des panélistes est fait de manière continue, de façon à assurer la représentation des différents

services auprès des intervenants des cliniques du secteur du sud-ouest de Montréal et des clients émettant des commentaires écrits. Avant chaque réunion, la date et l'heure de la rencontre ainsi que son ordre du jour sont rappelés par téléphone ou par courrier. L'ordre du jour qui nous a été posté peut être changé si les patients ont des points à apporter. Les règles de fonctionnement des réunions sont simples : les membres du panel ainsi que les personnes invitées à venir les rencontrer pour échanger sur des sujets particuliers sont tenus au respect des autres et à la confidentialité des échanges.

### Les thèmes et les échanges

Plusieurs thèmes, considérés comme prioritaires par l'Institut Douglas, ont déjà été abordés avec le panel car la direction souhaitait obtenir un premier avis : l'information aux clients (suite à la restructuration des services), la planification

stratégique, les dépliants sur les services, le communiqué concernant l'annonce de fermeture, des avis pour le comité de terminologie, le recrutement d'usagers pour les comités du Conseil d'administration de l'Institut, la participation à des conféren-

ces contre la stigmatisation des maladies mentales ainsi qu'à la campagne de sensibilisation orchestrée sur ce thème, le partage de témoignages pour les 125 ans du Douglas ou encore la promotion de la nouvelle version du Code d'éthique.

Ce qui est intéressant, c'est qu'avec le temps, nous en sommes venus à mieux nous connaître; pas juste à titre de représentants des chercheurs ou du comité de ceci ou de cela, mais comme des personnes. Quelques-unes d'entre elles ont d'ailleurs développé des liens d'amitié.

La qualité des échanges, lors des réunions du panel, en fait un lieu où le directeur général, la directrice des soins infirmiers ou la responsable des communications sont venus et veulent revenir. Le directeur technique et de nombreux autres chefs de services sont même en attente pour venir nous consulter. Depuis

sa création, le panel des usagers a en effet reçu le directeur général de l'Institut Douglas lors de la campagne de sensibilisation aux maladies mentales et la stigmatisation associée à celles-ci, l'adjointe du directeur général lors de la consultation menée auprès d'usagers dans le cadre de l'élaboration de la planification stratégique (*focus group*) ainsi que la responsable des communications et des affaires publiques en lien avec la préparation d'un événement. Lors de ces discussions, mes commentaires et remarques, aussi bien que ceux des autres patients, sont respectés. On ne se sent pas jugés comme malades mentaux.

J'ai appris beaucoup sur l'hôpital et les services ambulatoires. Ces rencontres sont fructueuses : l'hôpital en bénéficie et ça augmente mon estime personnelle.

Quelques « hauts dirigeants » de l'Institut ont assisté au panel, nous ont félicités pour le bon travail accompli et souhaitent nous revoir encore. Personnellement, je souhaite représenter les patients le mieux possible. Quelques-uns nous ont dit que notre travail (le personnel et les patients) apporte à l'hôpital des recommandations utiles et nouvelles : et bien tant mieux pour le traitement de la santé mentale!

## Michel Perreault

On pourrait croire qu'il n'y a rien de si exceptionnel à ce qu'un établissement de santé prévoit une place pour échanger ainsi avec des gens qui ont recouru à ses services. Cependant, combien de fois, pensez-vous, qu'un directeur d'hôpital, un chef de service ou tout autre « chef de chef » a l'occasion de venir

échanger librement avec sa clientèle et ce, sans que ça ne soit au sujet d'une plainte ou qu'il y ait des enjeux politiques ou autres? Combien de fois? Et pas seulement dans nos grandes institutions, CSSS, Agences ou autres, mais même dans les plus petits organismes? Chacun exécute son mandat et sa mission, selon une description de tâches bien pointue.

Nous sommes de bons exécutants. Performants et conformes aux meilleures pratiques! Ce n'est peut-être pas si surprenant que, tout à coup, de notre côté, on trouve ça si rafraîchissant de fréquenter un lieu où on peut entendre parler librement les personnes pour lesquelles nous sommes supposés mettre en place ces services.

## Un espace de parole et d'humanité

Ce qui est plus surprenant encore, c'est qu'à travers cette expérience, nos experts panélistes, c'est-à-dire ceux qui ont utilisé les services du Douglas et les connaissent, semblent y trouver leur compte. Les commentaires sur leur perception des réunions du panel démontrent d'ailleurs leur satisfaction à y participer et leur engagement : ils apprécient pouvoir exprimer librement leurs opinions dans un climat de confiance, dans un rapport entre les membres qui se veut égalitaire; l'objectif commun étant de participer à l'amélioration des services et de partager de l'information avec ses pairs.

On peut également observer d'autres effets directs pour les panélistes. En effet, il semble que le panel représente en soi une activité sociale qu'ils estiment, du moins pour certains d'entre eux, non seulement agréable mais aussi gratifiante car ils contribuent au développement de l'Institut et ils rencontrent d'autres usagers. D'ailleurs, d'après leurs suggestions, la formule est bénéfique puisqu'ils souhaitent augmenter la fréquence des rencontres et pouvoir recevoir plus tôt la documentation afin de mieux se préparer.

L'intérêt est aussi partagé par les responsables de l'Institut : plusieurs

d'entre eux demandent à consulter le panel sur une base continue afin de traiter de questions courantes qui relèvent de leur département.

Cette formule de consultation permet donc de rassembler à la fois des usagers et des responsables administratifs en un lieu où ils peuvent échanger en toute cordialité. La convivialité et les rapports égalitaires entre les participants semblent favoriser ces échanges, dont le contenu est jugé des plus pertinents par la direction de l'Institut. Voilà donc pourquoi nous considérons cette expérience comme un espace de parole et d'humanité.

# Au cœur de



## Programme Vieillir en santé mentale

6 novembre 2008, 10h à 12h

**La santé mentale des aidants naturels : comprendre les besoins pour mieux la préserver**

Conférencière : Francine Ducharme, professeure titulaire à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal et chercheuse à l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal. Depuis 2000, elle est titulaire de la Chaire Desjardins en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille.

28 novembre 2008, 9h à 12h

**La participation sociale des aînés : pourquoi est-ce important et comment peut-on l'encourager?**

Conférencière : Émilie Raymond, professionnelle de recherche à l'INSPQ et doctorante en travail social à l'Université McGill.

## PROGRAMME DES RELATIONS INTERCULTURELLES

2008 - 2009

### POUR VOUS INSCRIRE

Veuillez communiquer avec Valérie Coulombe

### FRAIS D'INSCRIPTION

(par participant)

### MEMBRE:

Organismes communautaires: 10\$

Organismes publics: 15 \$

**NON-MEMBRE: 30 \$**

### COORDONNÉES

Association canadienne pour la santé mentale—Filiale de Montréal

847, rue Chérier, Bureau 201  
Montréal (Québec) H2L 1H6

(514) 521-4993

acsmtl@cooptel.qc.ca

29 octobre 2008, de 9 h à 12 h

## L'IMPACT DE L'ESCLAVAGE ET DE LA COLONISATION SUR LA SANTÉ MENTALE: DU DÉRACINEMENT ET DE LA TRANSMISSION DES TRAUMATISMES

**George-Marie Craan**, psychosociologue et intervenante à l'APAMM-Rive-Sud et **Pascale Annual**, art-thérapeute et spécialiste de l'interculturel

L'impact de l'esclavage et de la colonisation sur la santé des descendants de peuples les ayant vécus est encore aujourd'hui méconnu. Comment le traumatisme se transmet-il à travers les générations? Quelles sont les caractéristiques que les parents transmettent à leurs enfants? Durant combien de générations cette transmission perdure-t-elle et quelles traces laisse-t-elle dans l'histoire collective et personnelle de l'individu? Cet atelier vise à explorer et à comprendre la place que prend l'événement historique dans le psychisme des descendants de personnes ayant connu l'esclavage, la colonisation, la guerre ou la torture pour leur permettre de se forger une identité non seulement individuelle mais sociale.

*Merci Louise Blanchette !*



Nous adressons des remerciements très spéciaux à notre présidente sortante, Mme Louise Blanchette, pour son apport exceptionnel à l'ACSM-Montréal depuis 1997. C'est elle qui a initié l'opération « Planification stratégique 2005-2008 » avec la participation de toutes les forces vives de l'Association, et ce, dès 2003, année où elle a été élue présidente du C.A. sur lequel elle siégeait depuis 1999. Mme Blanchette a été une présidente d'envergure dont la vision, le leadership, le professionnalisme et l'humanisme auront marqué l'Association ainsi que tous ceux et celles qui ont eu le plaisir de travailler avec elle pour la cause de la promotion-prévention en santé mentale. Nous lui en sommes tous très reconnaissants.

Photo : Jacques Duval et Louise Blanchette

12 novembre 2008, de 9h à 12h

## L'EXCLUSION CHEZ LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS ISSUS DE L'IMMIGRATION: COMPRENDRE LES MÉCANISMES POUR MIEUX Y FAIRE FACE

**Nayiri Tavlian**, chargée de cours à l'Université de Montréal et consultante en communication, relations interculturelles et gestion de la diversité

Comment effectuer un dépistage précoce des mécanismes d'exclusion et les prévenir dans l'organisation des services sociaux, communautaires et scolaires? En tant qu'intervenant, comment arrive-t-on, bien malgré nous, à exclure insidieusement alors que l'on croit aider? Comment réagir avec un parent qui interdit à son enfant d'entretenir des rapports avec d'autres enfants en raison de leurs caractéristiques physiques? Pour favoriser une meilleure intégration des enfants et des adolescents issus de l'immigration, un questionnement de nos pratiques et de nos modèles d'intervention est nécessaire afin d'analyser les façons de nous comporter devant ceux que l'on perçoit comme « différents ».

10 décembre 2008, de 9h à 12h

## LA MORT ET LE DEUIL: L'ACCOMPAGNEMENT DANS UN ESPRIT INTERCULTUREL

**Sylvie Laurion**, psychologue en pratique privée et affiliée au RIVO (Réseau d'intervention auprès des personnes ayant subi la violence organisée)

Le développement des soins palliatifs et des soins de fin de vie font en sorte que davantage de personnes meurent dans un environnement institutionnel plutôt qu'à domicile. Pour beaucoup d'immigrants, l'expérience de mourir loin de sa première patrie peut devenir une source additionnelle d'angoisse et de chagrin. Comment la préparation à la mort, les rites l'entourant et les gestes de réconfort à l'occasion du deuil se conçoivent-ils selon la diversité des cultures et des croyances dans le monde? Une meilleure compréhension de l'intervention, dans un esprit interculturel, permettra aux intervenants de mieux accompagner le mourant et sa famille dans la dignité.



## Devenez membre de l'Association et recevez gratuitement le magazine Équilibre

Créée en 1979, la filiale de Montréal de l'Association canadienne pour la santé mentale est un organisme à but non lucratif qui œuvre à la promotion de la santé mentale et à la prévention de la maladie.

L'ACSM-Montréal représente un lieu de discussion et de concertation pour les personnes et les groupes concernés par la santé mentale. Elle travaille également à favoriser le dialogue entre les réseaux communautaire et institutionnel afin de permettre une meilleure connaissance mutuelle, d'échanger leurs différentes approches et expertises pour susciter des collaborations autour de projets concrets. De concert

avec ses partenaires, l'ACSM-Montréal se positionne face aux décideurs en vue d'influencer les politiques sociales et d'améliorer les services de santé mentale.

Votre appui permettra à l'Association de mieux sensibiliser la population, de travailler à modifier les politiques sociales reliées à la santé mentale et d'aider les personnes aux prises avec des difficultés d'ordre émotionnel.

En devenant membre, vous recevrez Équilibre gratuitement. En outre, vous pourrez participer aux différentes activités de l'Association telles que colloques, conférences et formations à un tarif réduit.

<input type="checkbox"/> Je désire adhérer à la Filiale de Montréal de l'ACSM		Tarifs en vigueur pour l'année 2008
Nom :		
Organisme (s'il y a lieu) :		
Adresse :		Ville :
Code postal :	Tél. (rés.) :	Tél. (bur.) :
Occupation :		
Courriel :		
S.V.P. faire votre chèque à l'ordre de l'ACSM, filiale de Montréal		
<input type="checkbox"/> Entreprise à but lucratif : 50 \$		
<input type="checkbox"/> Organisme public : 40 \$		
<input type="checkbox"/> Ressource communautaire : 35 \$		
<input type="checkbox"/> Personne rémunérée : 40 \$		
<input type="checkbox"/> Personne non rémunérée et étudiant : 20 \$		
<input type="checkbox"/> Don additionnel ____ \$		<input type="checkbox"/> Reçu (pour don seulement)

ACSM-Montréal • 847, rue Cherrier, bureau 201 • Montréal (Québec) • H2L 1H6 • Tel.: (514) 521-4993 • Téléc.: (514) 521-3270

# Commandez vos publications de l'Association

<b>Publications</b>		Prix en vigueur pour l'année 2008
<b>Bon de commande (Frais de poste inclus dans les prix)</b>	<b>Prix</b>	
Répertoire		
<input type="checkbox"/> Répertoire des ressources de santé mentale du Montréal métropolitain, 9 <sup>e</sup> édition		28.00 \$
Actes de colloques et séminaires		
<input type="checkbox"/> L'homophobie à l'école: en parler et agir, actes du colloque du 18 octobre 2002, 84 p.		15.00 \$
<input type="checkbox"/> Parentalité gaie et lesbienne: famille en marge? 1 <sup>er</sup> et 2 mars 2001, 129 p.		16.50 \$
<input type="checkbox"/> Imagine ( <del>sans</del> ) cent maisons, 27 septembre 2001, 61 p.		8.50 \$
<input type="checkbox"/> Crise de société... recherche de sens, 10 mai 2001, 123 p.		12.50 \$
<input type="checkbox"/> Jeunesse et santé mentale: état de la situation et perspectives chez les 12-18 ans, 6 mai 1999, 171 p.		7.50 \$
<input type="checkbox"/> Un tissu social en santé pour prévenir le suicide, 7 mai 1998, 142 p.		7.50 \$
<input type="checkbox"/> Hébergement, logement et santé mentale: perspectives d'avenir, 16 avril 1998, 53 p.		7.50 \$
<input type="checkbox"/> Famille et qualité de vie des gais et lesbiennes, 6 mars 1998, 129 p.		7.50 \$
<input type="checkbox"/> Sortir ses couleurs, actes des 29 mai et 24 juillet 2004 et du 18 mars 2005		15.00 \$
<input type="checkbox"/> Brochures Comprendre la diversité sexuelle et Diversité sexuelle: pour un environnement professionnel accueillant		5.00 \$
Guides		
<input type="checkbox"/> Carrefour communautaire-institutionnel «Un modèle efficace de rapprochement des réseaux», 83 p.		12.50 \$
<input type="checkbox"/> Guide jeunesse scolaire «Ma vie, c'est cool d'en parler», 2004, 75 p.		15.00 \$
<input type="checkbox"/> Guide jeunesse scolaire «My life: It's Cool To Talk About It!», 2004, 75 p.		15.00 \$
<input type="checkbox"/> Guide d'intervention jeunesse, 60 p.		17.50 \$
<input type="checkbox"/> La maladie mentale: un guide régional destiné aux familles, 4 <sup>e</sup> édition 2003, 82 p.		8.50 \$
<input type="checkbox"/> (Également disponible en anglais, 76 p.)		8.50 \$
Magazine Équilibre		
<input type="checkbox"/> Pharmacologie et santé mentale: Hiver 2006, Volume 1, Numéro 1		15.00 \$
<input type="checkbox"/> La fatigue d'Être intervenant: Printemps/Été 2006, Volume 1, Numéro 2		15.00 \$
<input type="checkbox"/> Conciliation famille-travail: Automne 2006, Volume 1, Numéro 3		15.00 \$
<input type="checkbox"/> Relations interculturelles: Hiver 2007, Volume 2, Numéro 1		15.00 \$
<input type="checkbox"/> Travailler au bien commun: Été/Automne 2007, Volume 2, Numéro 2		15.00 \$
<input type="checkbox"/> Les émotions: Hiver 2008, Volume 3, Numéro 1		15.00 \$
	TOTAL	\$
Ci-joint un chèque au montant de _____ \$ à l'ordre de : ACSM-FILIALE DE MONTRÉAL, 847, rue Cherrier, bureau 201, Montréal (Québec) H2L 1H6. Téléphone : (514) 521-4993; télécopieur : (514) 521-3270.		
Nom :		
Organisme (s'il y a lieu) :		
Adresse :		Ville :
Code postal :		Tél. :



## À l'intention des auteurs

Toute personne intéressée à soumettre un article au magazine Équilibre est invitée à le faire en tenant compte de la procédure et des règles de présentation suivantes :

- Le texte soumis ne doit pas excéder 3500 mots à double interligne et il doit être rédigé à l'aide du traitement de texte Word, enregistré en format [.doc] ou [.rtf]. Les citations doivent être accompagnées du nom de l'auteur et de l'année de publication du texte cité.
- Chaque auteur est responsable du contenu de son article. Toutefois, les textes publiés dans Équilibre doivent tous faire l'objet d'une évaluation et être approuvés par le Comité de rédaction.
- Le texte sera acheminé à l'Association par courriel, en pièce jointe ou par courrier sur une disquette. Un accusé de réception sera envoyé à l'auteur pour lui indiquer que nous avons bien reçu sa correspondance.

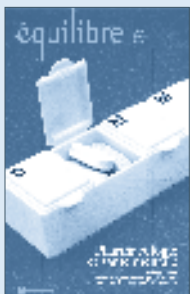
## Adresse de la rédaction

*Cathy Bazinet, Directrice des communications*  
**Association canadienne pour la santé mentale – Filiale de Montréal**

847, rue Cherrier, bureau 201  
Montréal (Québec) H2L 1H6  
Courriel : [acsmtl@cooptel.qc.ca](mailto:acsmtl@cooptel.qc.ca)

## Commandez nos anciens numéros

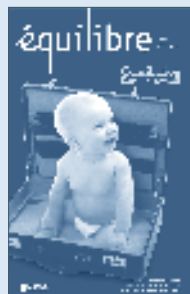
Coût: 15 \$ (frais de poste inclus)



Pharmacologie  
et santé mentale  
Volume 1, numéro 1  
Hiver 2006



La fatigue  
d'Être intervenant  
Volume 1, numéro 2  
Printemps/Été 2006



Conciliation  
famille-travail  
Volume 1, numéro 3  
Automne 2006



Relations  
Interculturelles  
Volume 2, numéro 1  
Hiver 2007



Travailler au  
bien commun  
Volume 2, numéro 2  
Printemps/Été 2007



Les  
émotions  
Volume 3, numéro 1  
Hiver 2008

Faculté de l'éducation permanente  
La faculté d'évoluer

Travail + études =  
[www.fep.umontreal.ca](http://www.fep.umontreal.ca)

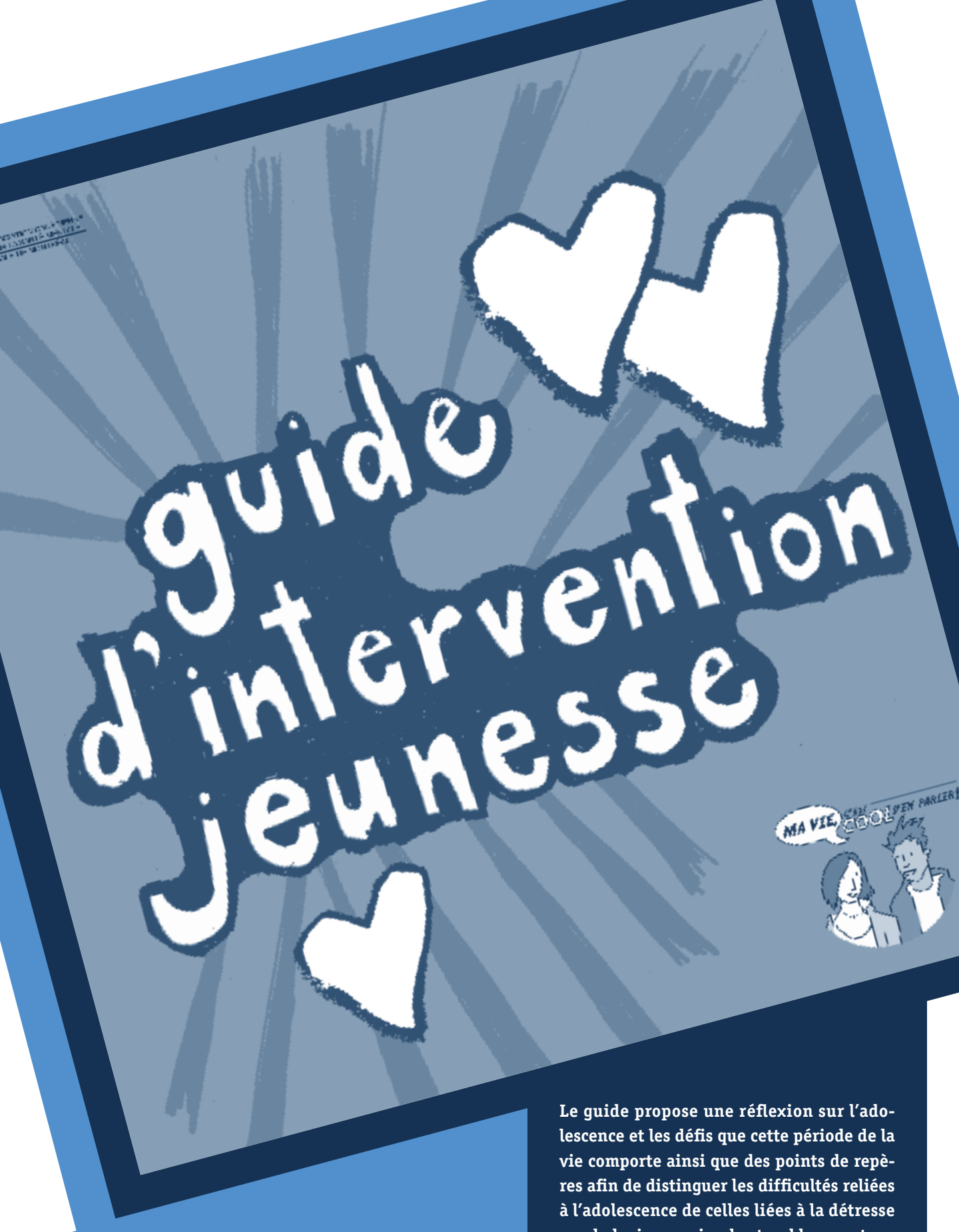
COMMUNICATION | GESTION | INTERVENTION | SANTÉ | INFORMATIQUE | ÉTUDES INDIVIDUALISÉES

**Certificats** | Offerts le soir et le week-end

Hiver 2009

514 343.6090 + 1 800 363.8876

Université   
de Montréal



# guide d'intervention jeunesse

Cette publication est destinée aux intervenants du secteur jeunesse travaillant auprès des adolescents et des jeunes adultes, âgés de 12 à 25 ans.

Le guide propose une réflexion sur l'adolescence et les défis que cette période de la vie comporte ainsi que des points de repères afin de distinguer les difficultés reliées à l'adolescence de celles liées à la détresse psychologique, voire des troubles mentaux plus sévères.

Il présente des façons concrètes d'améliorer les interventions dans le but d'aider le mieux possible les jeunes que l'intervenant rencontre dans sa pratique quotidienne. En outre, le guide propose un bottin de ressources utiles.